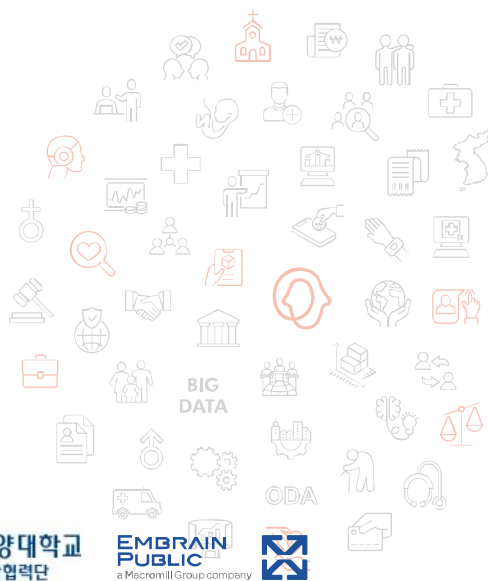


# 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구 Part 1(제1~3부)

강희정 외

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 연구진

연구책임자 **강희정** 한국보건사회연구원 선임연구위원  
공동연구진

- 한국보건사회연구원

기획조정분과	이현주	한국보건사회연구원	선임연구위원
	강신욱	한국보건사회연구원	선임연구위원
	신영석	한국보건사회연구원	선임연구위원
	노대명	한국보건사회연구원	선임연구위원
	이병희	한국노동연구원	선임연구위원

## 제도설계분과

제도설계분과	강희정 한국보건사회연구원 선임연구위원
윤진태 한국보건사회연구원 연구위원	
여니금 한국보건사회연구원 부연구위원	
고익술 한국보건사회연구원 부연구위원	
오수진 한국보건사회연구원 전문연구위원	
문석준 한국보건사회연구원 연구원	
강창희 중앙대학교 경제학부 교수	
김경혜 근로복지공단 책임연구위원	
고강혁 고려대학교 경제학과 조교수	
김성훈 싱가포르경영대학교 조교수	
이영숙 한국보건사회연구원 연구위원	
임윤수 연세대학교 보건대학원 겸임교수	
김나영 국민건강보험공단 주임연구원	
홍성민 한국법제연구원 연구위원	

## 제도환경분과

제도환경분과	김기태 한국보건사회연구원 부연구위원
	신기철 한국보건사회연구원 초빙연구위원
	김성아 한국보건사회연구원 부연구위원
	배재은 한국보건사회연구원 전문연구원
	최희훈 한국보건사회연구원 연구원
	여예민 한국보건사회연구원 연구원
	김근주 한국노동연구원 연구위원
	김성원 동경대학교 부교수
	남궁준 한국노동연구원 부연구위원
	나성호 한국직업능력개발원 부연구위원
	문재현 배석대학교 경제학과 교수
	정창록 단국대학교 사회복지학과 부교수

Gerhard Baecker University of Duisburg-Essen 교수  
Matthias Brunn University of Montpellier 교수

### 비용편익분과

**비용편익분과** 고숙자 한국보건사회연구원 연구위원  
정재훈 가천대학교 의과대학 교수  
조민우 울산대학교 의과대학 교수  
고아라 한국보건사회연구원 연구원

## 재정관리분과

재정관리분과 고제이 한국보건의사회연구원 연구위원  
권정현 한국개발연구원 연구위원  
전병목 한국조세재정연구원 선임연구위원

## 조사분석분과

조사분석분과	김현경	한국보건사회연구원	연구위원
	김동진	한국보건사회연구원	연구위원
	정 연	한국보건사회연구원	부연구위원
	오옥찬	한국보건사회연구원	연구위원
	이나경	한국보건사회연구원	전문연구원
	한상희	한국보건사회연구원	연구원
	이정희	한국노동연구원	연구위원
	허순임	서울시립대학교	정년퇴학 교수

## 조사분석분과

책임연구원	정혜주 고려대학교 교수
공동연구원	김재민 고려대학교 연구교수
	문다솔 시민건강연구소 상임연구원
	손민성 고려사이버대학교 조교수
	손호준 Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health 조교수
	김진호 고려대학교 조교수
	김재영 서울특별시 공공보건의료재단 부연구위원
	박성용 국민건강보험공단 주임연구원
연구보조원	송승진 고려대학교 박사과정
	유시라 고려대학교 박사과정
	김해인 고려대학교 박사과정
	권애원 고려대학교 석사과정
	류경식 고려대학교 석사과정
	이희선 고려대학교 석사과정

- 한양대학교 산학협력단 (의료인증분과)

책임연구원	김인아	한양대학교 의과대학 교수
공동연구원	강모열	가톨릭대학교 의과대학 조교수
	김병희	국립중앙의료원 공공보건정보연구소 전문의
	이승미	국립건강보급공단 빅데이터운영실 주임연구원
	김용규	근로복지공단 인천병원 센터장
	윤건우	녹색병원 과장
	이수진	에이치플러스양성병원 과장
	주영수	국립중앙의료원 원장
	최원준	가천대학교 의과대학 부교수
연구보조원	유지영	한양대학교 일반대학원 박사과정
	이주연	토론토대학 박사과정
	조연경	한양대학교 산학협력단
	최형진	한양대학교 일반대학원 박사과정
	한지영	한양대학교병원 전공의

▪ (주)엠브레인퍼블릭 (조사시행)

책임연구원	이성호	(주)엠브레인퍼블릭 부장
공동연구원	김지원	(주)엠브레인퍼블릭 수석부장
	유성열	(주)엠브레인퍼블릭 수석부장
	천선욱	(주)엠브레인퍼블릭 수석부장
	김민희	(주)엠브레인퍼블릭 부장
	김미진	(주)엠브레인퍼블릭 부장
	권여진	(주)엠브레인퍼블릭 차장
	송광원	(주)엠브레인퍼블릭 차장
연구보조원	성민지	(주)엠브레인퍼블릭 과장

## 제출문

### 보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역계약(2021. 3. 10.)한 「한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구」의 보고서로 제출합니다.

2021년 12월  
한국보건사회연구원 원장  
이 태 수



## 제1부. 서론

<b>제1장 연구개요</b>	<b>3</b>
제1절 연구 배경 및 논의 경과	5
제2절 상병수당 도입의 필요성	19
제3절 연구 목적 및 수행 체계	30
<b>제2장 한국형 상병수당 도입의 이론적 배경</b>	<b>35</b>
제1절 상병수당의 개념과 기대효과	37
제2절 상병수당 제도의 형성과 변화	56
제3절 재정 위기에 대응하는 상병수당 제도 개혁	65
제4절 코로나 위기 대응을 위한 상병수당 제도 변화	74
제5절 보편적 건강보장과 상병수당의 관계	79
제6절 한국형 상병수당의 개념적 틀	88

## 제2부. 상병수당 도입 필요성에 대한 실증 분석

<b>제3장 건강충격이 개인의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향</b>	<b>99</b>
제1절 연구 필요성	101
제2절 문헌 고찰	108
제3절 실증 분석	125
제4절 결론	145
<b>제4장 질병비용 및 상병수당 비용편익분석</b>	<b>149</b>
제1절 근로자의 질병으로 인한 생산성 손실 비용	151
제2절 상병수당 비용 및 편익 관련 선행연구	164
제3절 상병수당 비용편익분석	172
<b>제5장 지자체 사례분석: 서울형 유급병가 심층 분석</b>	<b>179</b>
제1절 연구의 필요성	181
제2절 연구방법	187

제3절 연구결과	213
제4절 결론	307

## 제3부. 한국형 상병수당 도입에 대한 국민 인식 조사

<b>제6장 대국민 설문조사</b>	<b>321</b>
제1절 조사 개요	323
제2절 응답자 특성	327
제3절 상병 발생 규모 및 병가 제도 현황	335
제4절 상병 발생 후 대응 및 사회보장제도 관계	363
제5절 상병수당에 대한 인식 및 부담의사	386
제6절 소결	399
<b>제7장 이해관계자 심층면접</b>	<b>419</b>
제1절 총괄자문단 운영	421
제2절 이해관계자 심층면접	427
제3절 소결	433

## 표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1-1〉 업무상 관련성 여부에 따른 상병 발생 시 병가와 소득보장 현황	6
〈표 1-2-1〉 주관적 건강수준과 상병급여일수의 관계	38
〈표 1-2-2〉 소득과 고용보장의 주체에 따른 상병수당과 병가의 구분	48
〈표 1-2-3〉 사회보험방식 상병수당과 법정 유급병가의 특징 비교	51
〈표 1-2-4〉 상병수당의 개념	53
〈표 1-2-5〉 Korpi & Palme의 복지국가 모형 구분	59
〈표 1-2-6〉 Korpi & Palme의 복지국가 모형별 조건	60
〈표 1-2-7〉 EU27국가의 유급병가 및 상병수당 비교	65
〈표 1-2-8〉 EU27 국가에서 자영자에 대한 상병수당 등 사회보험 유형	68
〈표 1-2-9〉 주요 국가의 법정유급병가 비용과 공적 상병수당의 GDP 대비 지출금액 추이	73
〈표 1-2-10〉 자영업자에 대한 상병수당 적용 여부 및 주요 개혁내용	74
〈표 1-2-11〉 COVID-19 대응 급여/수당 적용 기준	75
〈표 1-2-12〉 예방 및 관리에 관한 법률에 의한 유급병가 제공 사업주 지원	89
〈표 2-3-1〉 고용형태별 직장 내 병가휴가 도입률	103
〈표 2-3-2〉 건강충격으로 인한 경제활동 감소 및 소득상실 관련 양적 연구 요약	121
〈표 2-3-3〉 건강충격으로 인한 경제활동 감소 및 소득상실 관련 질적 연구 요약	124
〈표 2-3-4〉 성향점수 매칭 결과	129
〈표 2-3-5〉 총사상 지위(2016년 기준)별 연령구성	130
〈표 2-3-6〉 건강충격 유무에 따른 총사상 지위 변화	133
〈표 2-3-7〉 건강충격 유무에 따른 고용 지위 변화	134
〈표 2-3-8〉 건강충격 유무에 따른 근로일수 변화 - 총사상 지위별 분석	135
〈표 2-3-9〉 건강충격 유무에 따른 근로일수 차이 - 총사상 지위별 이중차이	135
〈표 2-3-10〉 건강충격 유무에 따른 근로일수 변화 - 고용지위별 분석	135
〈표 2-3-11〉 건강충격 유무에 따른 근로일수 차이 - 고용지위별 이중차이	136
〈표 2-3-12〉 건강충격 유무에 따른 근로일수 변화 - 사업장 규모별 분석	136
〈표 2-3-13〉 건강충격 유무에 따른 근로일수 차이 - 사업장 규모별 이중차이	137
〈표 2-3-14〉 건강충격 유무에 따른 소득 변화 - 총사상지위별 분석	138
〈표 2-3-15〉 건강충격 유무에 따른 소득 차이 - 총사상지위별 이중차이	138
〈표 2-3-16〉 건강충격 유무에 따른 소득 변화 - 고용지위별 분석	139
〈표 2-3-17〉 건강충격 유무에 따른 소득 차이 - 고용지위별 이중차이	139
〈표 2-3-18〉 건강충격 유무에 따른 소득 변화 - 사업장 규모별 분석	139
〈표 2-3-19〉 건강충격 유무에 따른 소득 차이 - 사업장 규모별 이중차이	140
〈표 2-3-20〉 건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 변화 - 총사상지위별 분석	140
〈표 2-3-21〉 건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 차이 - 총사상지위별 이중차이	140
〈표 2-3-22〉 건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 변화 - 고용지위별 분석	141
〈표 2-3-23〉 건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 차이 - 고용지위별 이중차이	141
〈표 2-3-24〉 건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 변화 - 사업장 규모별 분석	141
〈표 2-3-25〉 건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 차이 - 사업장 규모별 이중차이	142

〈표 2-3-26〉 건강충격이 근로일수에 미치는 영향	142
〈표 2-3-27〉 건강충격이 일당소득에 미치는 영향	143
〈표 2-3-28〉 건강충격이 개인소득에 미치는 영향	144
〈표 2-4-1〉 상병수당 구축에 따른 빈곤율 감소 효과	153
〈표 2-4-2〉 프리젠티즘에 대한 선행 연구 결과	155
〈표 2-4-3〉 효과크기 및 시나리오 가정(재활을 받지 않을 경우 근로자 건강상태)	158
〈표 2-4-4〉 시나리오 가정별 직업복귀 가능성 및 휴업일수	159
〈표 2-4-5〉 효과크기 및 시나리오 가정(재활을 받지 않을 경우 근로자 건강상태)	159
〈표 2-4-6〉 국가별 마찰비용 변수 개요	160
〈표 2-4-7〉 비용-편익 비교	161
〈표 2-4-8〉 경제적 영향 연구에서 언급된 보건의료정책 질문 사항	162
〈표 2-4-9〉 경제활동에 따른 사고 및 질병의 경제적 비용 유형 분류	162
〈표 2-4-10〉 고용주, 근로자, 지역사회의 경제적 비용 유형	162
〈표 2-4-11〉 중증도 유형별 분류	163
〈표 2-4-12〉 중증도 유형별 해당사항	163
〈표 2-4-13〉 연령별 경제활동인구: 2020년 기준	165
〈표 2-4-14〉 연령별 · 총사상지위별 월임금총액: 2020년 기준	166
〈표 2-4-15〉 연령별 · 총사상지위별 월평균 근무일수: 2020년 기준	166
〈표 2-4-16〉 연령별 · 총사상지위별 취업자수: 2020년 기준	166
〈표 2-4-17〉 연령별 · 총사상지위별 presenteeism 경험율	166
〈표 2-4-18〉 연령별 · 총사상지위별 presenteeism 경험자의 연간 일수	167
〈표 2-4-19〉 연령별 · 총사상지위별 presenteeism에 따른 생산성 손실 비율(%)	167
〈표 2-4-20〉 presenteeism에 따른 생산성 손실 비용	167
〈표 2-4-21〉 근로자의 Presenteeism으로 인한 생산성 손실비용	168
〈표 2-4-22〉 연령별 · 총사상지위별 absenteeism 경험율	169
〈표 2-4-23〉 연령별 · 총사상지위별 absenteeism 경험자의 연간 일수	169
〈표 2-4-24〉 absenteeism에 따른 생산성 손실 비용	169
〈표 2-4-25〉 근로자 1인당 월평균 채용 및 교육훈련비용: 2019년기준	170
〈표 2-4-26〉 상병대체인력의 채용 및 교육 훈련비용 손실액	170
〈표 2-4-27〉 근로자의 상병으로 인한 생산성 손실 및 관련 행정비용	171
〈표 2-4-28〉 초기 제시액에 대한 응답 분포	175
〈표 2-4-29〉 두번째 제시액에 대한 응답 분포	175
〈표 2-4-30〉 이중양분경계방법의 지불의사액	176
〈표 2-4-31〉 로고도추정 분석결과	176
〈표 2-4-32〉 공변량 포함한 이중양분경계방법의 지불의사액	176
〈표 2-4-33〉 공변량 포함한 이중양분경계방법의 지불의사액: 실업자, 비경제활동인구 제외한 경우	177
〈표 2-4-34〉 소득이 있는 건강보험 가입자의 연령별 분포	177
〈표 2-4-35〉 비용대비 편익의 시나리오	178



〈표 2-5-1〉 서울형 유급병가 신청자의 연령군 .....	182
〈표 2-5-2〉 서울형 유급병가 자치구별 신청현황 .....	182
〈표 2-5-3〉 서울형 유급병가 신청자의 가구원 수 .....	183
〈표 2-5-4〉 지방자치단체 유급병가 지원 현황 .....	185
〈표 2-5-5〉 PRISMA-ScR 체크리스트 .....	188
〈표 2-5-6〉 논리모형의 구성요소와 설명 .....	194
〈표 2-5-7〉 연차별 서울형 유급병가지원 제도 자격조건 비교 .....	198
〈표 2-5-8〉 서울형 유급병가지원제도 효과·이중차이 분석(Difference-in-Differences) .....	202
〈표 2-5-9〉 분석을 위한 활용변수 .....	204
〈표 2-5-10〉 서울형 유급병가지원 제도 평가 논리모형 단계별 포커스그룹인터뷰 질문구성 .....	212
〈표 2-5-11〉 서울형 유급병가지원 제도 논리모형 구성요소에 따른 평가지표 및 평가 수단 .....	215
〈표 2-5-12〉 사회보장제도 평가 공통지표 및 주요 내용 .....	216
〈표 2-5-13〉 성과측정 지표와 논리모형과의 관계 .....	217
〈표 2-5-14〉 미국 PART의 4가지 부문별 질문구성 .....	217
〈표 2-5-15〉 캐나다 보편적 아동수당(Universal Child Care Benefit, UCCB) 평가지표 .....	219
〈표 2-5-16〉 캐나다 재무부 사무국의 핵심 평가 사항 .....	221
〈표 2-5-17〉 캐나다 자영업자 고용보험 특별수당(Employment Insurance Special Benefits for Self-employed Workers, ESDC) 평가 질문 .....	221
〈표 2-5-18〉 국가별 문헌 분류 .....	225
〈표 2-5-19〉 연도별 문헌 분류 .....	226
〈표 2-5-20〉 범주별 결과 개수 분류 .....	227
〈표 2-5-21〉 상병 시 생계유지, 고용유지 및 재정 안정 효과평가 지표 .....	228
〈표 2-5-22〉 분석수준과 연구 디자인에 따른 문헌 분류 .....	229
〈표 2-5-23〉 보건의료서비스 이용과 건강수준 개선 효과평가 지표 .....	230
〈표 2-5-24〉 자산처분 여부에 따른 질병 유형 .....	234
〈표 2-5-25〉 서울형 유급병가지원 제도 이용 사유에 따른 수혜자 및 탈락자 주요변수 기초통계량 .....	242
〈표 2-5-26〉 서울형 유급병가지원 제도 이용 사유별 제도 수혜와 종속변수의 관계: 의료서비스 이용 여부 .....	244
〈표 2-5-27〉 서울형 유급병가지원 제도 이용 사유별 제도 수혜와 종속변수의 관계: 의료서비스 이용 횟수 및 기간 .....	245
〈표 2-5-28〉 서울형 유급병가지원제도 신청 입원질병에 따른 수혜자 및 탈락자 주요변수 기초통계량 .....	247
〈표 2-5-29〉 서울형 유급병가지원 제도 신청 입원 질병별 제도 수혜와 종속변수의 관계: 의료서비스 이용 여부 .....	248
〈표 2-5-30〉 서울형 유급 병가지원 제도 신청 입원 기간에 따른 수혜자 및 탈락자 주요변수 기초통계량 .....	249
〈표 2-5-31〉 서울형 유급 병가지원 제도 신청 입원 기간별 수혜와 종속변수의 관계: 의료서비스 이용 여부 .....	250
〈표 2-5-32〉 서울형 유급병가지원 제도이용 사유별 제도 수혜와 종속변수의 관계: 건강 .....	251
〈표 2-5-33〉 집단 간 의료비 이중차이분석 결과: 총 의료비, 공단부담금, 본인부담금 .....	252
〈표 2-5-34〉 서울형 유급병가지원 제도 신청자 설문지 구성 .....	258
〈표 2-5-35〉 수혜자/탈락자별 고용적 효과 항목 기초통계량 - 연령별 총화 .....	260
〈표 2-5-36〉 2019년도 수혜자, 탈락자, 비신청자별 의료이용횟수와 의료비용 기초통계량 .....	261
〈표 2-5-37〉 2020년도 수혜자, 탈락자, 비신청자별 의료이용횟수와 의료비용 기초통계량 .....	262

〈표 2-5-38〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(전체) .....	263
〈표 2-5-39〉 수혜자 및 탈락자의 제도신청 경로(전체) .....	264
〈표 2-5-40〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(남성) .....	264
〈표 2-5-41〉 수혜자 및 탈락자의 제도신청 경로(남성) .....	264
〈표 2-5-42〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(여성) .....	265
〈표 2-5-43〉 수혜자 및 탈락자의 제도신청 경로(여성) .....	265
〈표 2-5-44〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(60세 미만) .....	266
〈표 2-5-45〉 수혜자 및 탈락자의 제도신청 경로(60세 미만) .....	266
〈표 2-5-46〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(60세 이상) .....	266
〈표 2-5-47〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(60세 이상) .....	267
〈표 2-5-48〉 수혜자 및 탈락자의 1인당 비용편익 산출 .....	267
〈표 2-5-49〉 성별에 따른 수혜자/탈락자별 1인당 비용편익 산출 .....	271
〈표 2-5-50〉 연령에 따른 수혜자/탈락자별 1인당 비용편익 산출 .....	271
〈표 2-5-51〉 입원이용자의 입원기간에 따른 수혜자/탈락자별 1인당 비용편익 산출 .....	271
〈표 2-5-52〉 입원이용자의 질병 유형에 따른 수혜자/탈락자별 1인당 비용편익 산출 .....	272
〈표 2-5-53〉 민간보험 가입 여부에 따른 빈도분석 .....	275
〈표 2-5-54〉 민간보험 가입 여부에 따른 질병 전·후 의료비 .....	275
〈표 2-5-55〉 민간보험 가입 여부에 따른 질병 유형 .....	275
〈표 2-5-56〉 민간보험 가입 여부에 따른 종사상 지위 .....	276
〈표 2-5-57〉 대출 경험 여부에 따른 빈도분석 .....	276
〈표 2-5-58〉 대출 경험 여부에 따른 질병 전·후 의료비 .....	276
〈표 2-5-59〉 대출 경험 여부에 따른 질병 유형 .....	277
〈표 2-5-60〉 대출 경험 여부에 따른 종사상 지위 .....	277
〈표 2-5-61〉 자산처분 여부에 따른 빈도분석 .....	278
〈표 2-5-62〉 자산처분 여부에 따른 질병 전·후 의료비 .....	278
〈표 2-5-63〉 자산처분 여부에 따른 질병 유형 .....	278
〈표 2-5-64〉 자산처분 여부에 따른 종사상 지위 .....	279
〈표 2-5-65〉 홍보 항목별 관련 비용 .....	280
〈표 2-5-66〉 서울시 자치구별 서울형 유급병가 제도신청경로 .....	280
〈표 2-5-67〉 서울시 자치구별 서울형 유급병가지원 제도이용 비용 .....	281
〈표 2-5-68〉 포커스그룹인터뷰 참여자 특성 .....	287
〈표 2-5-69〉 자치구 보건소 서울형 유급병가지원 제도 업무 담당자 .....	289
〈표 2-5-70〉 포커스그룹인터뷰 분석 내용 .....	290
〈표 3-6-1〉 주요 조사 영역별 조사 목적 및 내용 .....	324
〈표 3-6-2〉 표본설계: 지역구분 .....	325
〈표 3-6-3〉 표본설계: 종사상지위별 취업자 인원 .....	325
〈표 3-6-4〉 응답자 인구학적 특성, 일자리 특성 조사 항목 .....	327
〈표 3-6-5〉 응답자 인구학적 특성 및 지역 분포 .....	327



〈표 3-6-6〉 특수형태근로종사자 .....	328
〈표 3-6-7〉 응답자 종사상지위와 취업자 업종 및 직업 분포 .....	329
〈표 3-6-8〉 임금근로자 사업체 규모와 근로형태 분포 .....	330
〈표 3-6-9〉 응답자 사회보험 가입 현황 .....	331
〈표 3-6-10〉 종사상지위별 고용보험 가입 현황 .....	331
〈표 3-6-11〉 종사상지위별, 가구소득수준별 공적 의료보장 형태 .....	332
〈표 3-6-12〉 종사상지위별, 가구소득수준별 공적연금 및 수급 상태 .....	332
〈표 3-6-13〉 응답자 건강상태, 가구/개인특성 조사 항목 .....	333
〈표 3-6-14〉 응답자 건강상태, 가구/개인특성 분포 .....	333
〈표 3-6-15〉 균등화 가구소득 구간별 국민기초생활보장 생계급여, 근로장려금 수급 여부 .....	334
〈표 3-6-16〉 연령구간별 건강상태 .....	334
〈표 3-6-17〉 상병 발생 규모 및 병가 제도 현황 조사 항목 .....	335
〈표 3-6-18〉 성별·연령별 고용률 .....	336
〈표 3-6-19〉 취업자 지난 1년 근로일수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (인구학적 특성별) .....	336
〈표 3-6-20〉 취업자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (종사상지위별) .....	337
〈표 3-6-21〉 취업자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (연령·종사상지위별) .....	338
〈표 3-6-22〉 취업자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (산업, 직업별) .....	339
〈표 3-6-23〉 취업자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (소득수준별) .....	340
〈표 3-6-24〉 임금근로자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 상병발생률 .....	340
〈표 3-6-25〉 지난 1년간 취업자 상병일 분포 .....	342
〈표 3-6-26〉 지난 1년 취업 상병 경험자 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (인구학적 특성별) .....	343
〈표 3-6-27〉 지난 1년 취업 상병 경험자 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (일자리 특성별) .....	344
〈표 3-6-28〉 지난 1년 취업 상병 경험자 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (소득수준별) .....	345
〈표 3-6-29〉 지난 1년 아파서 천 경험 있는 임금근로자 상병 휴가 구성 .....	347
〈표 3-6-30〉 지난 1년 아파서 천 경험있는 비임금근로자 상병 휴가 구성 .....	348
〈표 3-6-31〉 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 제도 아무 것도 없는 경우 .....	348
〈표 3-6-32〉 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 하나라도 제공되는 경우 .....	350
〈표 3-6-33〉 비임금근로자 아팠는데 일을 한 이유 .....	351
〈표 3-6-34〉 종사상지위별 아파도 일 했을 때 주된 건강문제 분포와 원인별 아팠던 날, 천 날, 일한 날 평균 .....	352
〈표 3-6-35〉 임금근로자 휴가정책 제공 현황 .....	354
〈표 3-6-36〉 임금근로자 종사상지위, 고용형태, 사업체규모별 휴가 제공률 .....	355
〈표 3-6-37〉 임금근로자 사업체규모별·종사상지위별 휴가 제공률 .....	355
〈표 3-6-38〉 휴가정책 우선순위 .....	356

〈표 3-6-39〉 임금근로자 제공되는 휴가의 최대 기간 .....	357
〈표 3-6-40〉 임금근로자 평소 대비 유급병가 기간의 임금 수준 .....	357
〈표 3-6-41〉 임금근로자 평소 대비 유급 질병휴직 기간의 임금 수준 .....	358
〈표 3-6-42〉 질병 휴가 사용 쉬운 정도 .....	358
〈표 3-6-43〉 질병 휴가 사용 어려운 이유 .....	360
〈표 3-6-44〉 질병 휴가 사용 후 예상되는 불이익 .....	361
〈표 3-6-45〉 질병 휴가 이용 위해 필요한 조치 (1순위) .....	362
〈표 3-6-46〉 질병 휴가 이용 위해 필요한 조치 (2순위) .....	362
〈표 3-6-47〉 지난 10년 상병 발생 경험과 대응 조사 항목 .....	363
〈표 3-6-48〉 지난 10년 취업기간 중 업무 외 부상·질병으로 아팠던 경험자의 비율 .....	364
〈표 3-6-49〉 지난 10년 취업기간 중 업무 외 부상·질병으로 가장 아팠던 경험 발생연도 .....	364
〈표 3-6-50〉 지난 10년 주된 상병 감염질환 여부 .....	364
〈표 3-6-51〉 지난 10년 주된 상병의 주된 원인 질환 (당시 연령별) .....	365
〈표 3-6-52〉 지난 10년 주된 상병의 주된 원인 질환 (당시 종사상지위별) .....	365
〈표 3-6-53〉 지난 10년 주된 상병으로 아팠던 기간 분포 .....	366
〈표 3-6-54〉 지난 10년 주된 상병 10대 주된 질환별 아팠던 기간 분포 .....	367
〈표 3-6-55〉 지난 10년 임금근로자 종사상지위별 10대 주요 질환 비중과 아팠던 기간 분포 .....	367
〈표 3-6-56〉 휴가유형별 사용률: 임금근로자 .....	369
〈표 3-6-57〉 휴가유형별 사용률: 비임금근로자 .....	369
〈표 3-6-58〉 주된 상병 치료 방법 .....	370
〈표 3-6-59〉 주된 상병 충분하/적시에 치료 받지 못한 사람들의 비율 .....	371
〈표 3-6-60〉 주된 상병 충분하/적시에 치료 받지 못한 이유 .....	373
〈표 3-6-61〉 당시 종사상지위별·가구소득수준별 주된 상병 충분하/적시에 치료 받지 못한 이유 .....	373
〈표 3-6-62〉 주된 상병 당시 월평균 소득(만원) .....	375
〈표 3-6-63〉 주된 상병 당시 소득이 감소한 경험 유무 .....	376
〈표 3-6-64〉 주된 상병 당시 소득이 감소한 경험 유무(임금근로자) .....	376
〈표 3-6-65〉 소득 감소에 대한 대응 .....	377
〈표 3-6-66〉 가구소득수준별 소득 감소에 대한 대응 .....	378
〈표 3-6-67〉 주된 상병으로 인해 일자리를 잃은 경험 .....	379
〈표 3-6-68〉 주된 상병으로 인해 일자리를 잃은 경험(임금근로자) .....	379
〈표 3-6-69〉 주된 상병으로 인해 실직/폐업, 이직/전직하게 된 이유(임금근로자) .....	380
〈표 3-6-70〉 주된 상병으로 인해 실직/폐업, 이직/전직하게 된 이유(비임금근로자) .....	381
〈표 3-6-71〉 재취업 여부 및 재취업까지 기간 .....	381
〈표 3-6-72〉 재취업 후 소득 감소 여부와 감소한 수준 .....	382
〈표 3-6-73〉 주된 상병 당시 민간의료보험 가입/청구 경험과 결과 .....	382
〈표 3-6-74〉 민간의료보험 청구 결과로 지급받은 금액 .....	383
〈표 3-6-75〉 주된 상병 발생 후 공적안전망 이용 경험 .....	384
〈표 3-6-76〉 주된 상병 발생 후 공적안전망 신청 후 인정 경험 .....	384



〈표 3-6-77〉 상병수당에 대한 인식 및 부담의사 조사 항목 .....	386
〈표 3-6-78〉 상병 발생 시 각 사항 우려 정도 .....	386
〈표 3-6-79〉 상병 발생 시 각 지원제도 필요 정도 .....	388
〈표 3-6-80〉 상병수당 인지 여부 .....	390
〈표 3-6-81〉 상병수당 필요하다고 생각되는 정도 .....	390
〈표 3-6-82〉 상병수당 필요하다고 생각하는 이유 .....	392
〈표 3-6-83〉 상병수당 필요하지 않다 생각하는 이유 .....	392
〈표 3-6-84〉 상병수당 비용 부담 주체 순서 .....	393
〈표 3-6-85〉 현재 민간의료보험 가입 현황과 향후 가입 의사 .....	394
〈표 3-6-86〉 현재 민간의료보험 가입률과 가입할 의향이 있는 사람들의 비율 .....	394
〈표 3-6-87〉 가입한 경우 납부하는 민간의료보험 월 보험료 분포 .....	395
〈표 3-6-88〉 상병수당 도입 시 민간보험 줄일 또는 미가입할 의향 .....	395
〈표 3-6-89〉 상병수당 도입 시 민간보험 줄이거나 또는 가입할 의향이 변화하는 비율 .....	396
〈표 3-6-90〉 지난 1년 임금근로 상병 경험자 휴가제공 여부에 따른 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (종사상지위별) .....	404
〈표 3-6-91〉 지난 1년 임금근로 상병 경험자 휴가제공 여부에 따른 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (사업체규모별) .....	405
〈표 3-6-92〉 유급질병휴가 유무별 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 하나라도 제공되는 경우 (1순위) .....	406
〈표 3-7-1〉 상병수당 총괄자문단 구성 .....	421

## 그림 목록

〔그림 1-1-1〕 OECD 국가별 자가 보고 일인당 연간 병가 일수(단위: 일, 국가(보고된 최신연도)) .....	5
〔그림 1-1-2〕 임금근로자에서 아파도 출근하는 비율과 사업장 규모별 건강사유 퇴직자 비율 .....	7
〔그림 1-1-3〕 건강보험 보장성 강화와 상병수당 도입 .....	15
〔그림 1-1-4〕 상병수당 연구 수행의 배경 .....	18
〔그림 1-1-5〕 사용자 유급병가 적용 대상에 자영업자, 신입근로자, 파트타임 근로자를 포함하는 국가 비중 .....	20
〔그림 1-1-6〕 유급병가에 대한 격차는 빈곤과 건강 불평등으로 인한 사회적 부담 초래 .....	27
〔그림 1-1-7〕 한국의 건강불평등 현황 .....	28
〔그림 1-1-8〕 상병수당에 대한 인식 .....	29
〔그림 1-1-9〕 연구 목적과 내용 .....	31
〔그림 1-1-10〕 상병수당 대안 모형 개발의 틀 .....	32
〔그림 1-1-11〕 연구 수행 체계 .....	33
〔그림 1-1-12〕 연구 추진 일정 .....	34
〔그림 1-2-1〕 질환(illness), 질병(disease), 상병(sickness) 결근의 가설적 관계 .....	37
〔그림 1-2-2〕 주관적 건강수준과 상병급여일수의 관계 .....	39
〔그림 1-2-3〕 15-64세 생존율과 근로자 일인당 GDP(로그치환)의 비조건부 상관관계 .....	40
〔그림 1-2-4〕 건강증진과 경제성장의 관계 .....	41
〔그림 1-2-5〕 질병과 빈곤의 악순환 .....	42
〔그림 1-2-6〕 유급병가와 상병수당의 비교 .....	48
〔그림 1-2-7〕 질병의 자연사에서 건강보험 상병수당의 역할 .....	55
〔그림 1-2-8〕 외국의 상병수당 변천 과정 .....	61
〔그림 1-2-9〕 상병수당 제도의 기원과 유형별 변천 과정 .....	64
〔그림 1-2-10〕 유급병가 지출 비율(GDP 대비, %, 2016년) .....	67
〔그림 1-2-11〕 질병 경험의 경제적 결과와 대응 전략 .....	83
〔그림 1-2-12〕 UHC 더블 큐브 모델(UHC 큐브의 확장된 개념) .....	84
〔그림 1-2-13〕 사회적 위험에 따른 한국 사회보험 체계와 보편적 건강보장 달성을 위한 상병수당의 역할 .....	85
〔그림 1-2-14〕 사회보험과 민간보험의 원칙 비교 .....	86
〔그림 1-2-15〕 근로자의 개인 상병 발생에 따른 근로중단기간 소득안전망에서 격차 발생 흐름도 .....	90
〔그림 1-2-16〕 질병의 자연사 단계에서 상병수당의 작용과 기대성과 .....	92
〔그림 1-2-17〕 건강보장체계에서 상병수당 도입의 의미 .....	93
〔그림 1-2-18〕 한국 사회보장제도와 한국형 상병수당제도의 관계 .....	94
〔그림 1-2-19〕 한국형 상병수당 제도의 설계 원칙과 접근 방식 .....	95
〔그림 2-3-1〕 주관적 건강수준(주관적 건강이 좋다고 응답한 비율) .....	102
〔그림 2-3-2〕 소진경험률 .....	102
〔그림 2-3-3〕 고용형태에 따른 프리젠테즘과 미충족의료경험 현황 .....	102
〔그림 2-3-4〕 고용보험 가입율(%) .....	103
〔그림 2-3-5〕 중증질환 가구의 소득계층별 생활비 대비 의료비 비중 .....	104
〔그림 2-3-6〕 OECD 국가별 본인부담 대비 재난적 의료비 발생 .....	105
〔그림 2-3-7〕 Dahlgren & Whitehead(1991)의 모형 .....	109





[그림 2-3-8] Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모형	109
[그림 2-3-9] EMCONET의 건강불평등 거시 단계 이론적 모형	110
[그림 2-3-10] 건강과 노동의 이중 인과 관계	114
[그림 2-3-11] 건강 충격의 경제적 영향	115
[그림 2-3-12] 건강상태와 종사상 지위 변화의 경로들	123
[그림 2-3-13] Sample selection flow	126
[그림 2-3-14] 종사상 지위에 따른 건강충격 발생률	130
[그림 2-3-15] 고용 지위에 따른 건강충격 발생률	131
[그림 2-3-16] 사업장 규모에 따른 건강충격 발생률	131
[그림 2-3-17] 교육수준에 따른 건강충격 발생률	132
[그림 2-4-1] 빈곤과 건강의 흐름	151
[그림 2-4-2] 건강상태와 종사상 지위 변화의 경로들	152
[그림 2-4-3] 직업 복귀의 경제성 효과 연구 방법	161
[그림 2-4-4] 초기제시액에 따른 응답 경로	175
[그림 2-5-1] 서울형 유급병가지원 전달체계	184
[그림 2-5-2] PRISMA-ScR에 따른 문헌 선정 과정	191
[그림 2-5-3] 캐나다 보편적 아동수당(UCCB) 논리모형	192
[그림 2-5-4] 자영업자 특별수당(SBSE) 모형	193
[그림 2-5-5] 분석자료 형태	196
[그림 2-5-6] 이중차이분석의효과 추정	201
[그림 2-5-7] 성향점수매칭(PSM)의 실행 단계	203
[그림 2-5-8] 본 연구의 분석 절차(The DD Method Combined with PSM)	206
[그림 2-5-9] 서울형 유급병가지원 제도 논리모형	214
[그림 2-5-10] 성과 측정과 프로그램 평가 간의 관계	216
[그림 2-5-11] 서울형 유급병가지원 제도 수정된 논리모형	224
[그림 2-5-12] 2010년 이후 연도별 문헌 분류	226
[그림 2-5-13] 총 의료비 이중차이분석 결과	253
[그림 2-5-14] 공단부담금 이중차이분석 결과	253
[그림 2-5-15] 본인부담금 이중차이분석 결과	253
[그림 2-5-16] 수혜자 관점의 비용편익 항목	262
[그림 2-5-17] 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량	268
[그림 2-5-18] 성별에 따른 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량	273
[그림 2-5-19] 연령에 따른 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량	273
[그림 2-5-20] 임원이용자의 임원기간에 따른 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량	273
[그림 2-5-21] 임원이용자의 질병 유형에 따른 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량	274
[그림 2-5-22] 자치구별 제도제공 총 비용 (규모)	283
[그림 2-5-23] 서울시 자치구별 유급병가 제도 수혜자 1인 제도 제공 평균비용	283
[그림 3-6-1] 종사상지위별 연령 분포와 건강상태	337

[그림 3-6-2] 취업자 지난 1년 연령·종사상지위별 상병발생률	338
[그림 3-6-3] 지난 1년 임금근로자 고용형태별 연령 분포	341
[그림 3-6-4] 지난 1년간 취업자 상병일 분포	343
[그림 3-6-5] 지난 1년간 취업 상병 경험자 상병일 수	345
[그림 3-6-6] 지난 1년 아파트 전 경험있는 임금근로자 상병 휴가 구성	347
[그림 3-6-7] 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 제공되지 않는 경우	349
[그림 3-6-8] 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 하나라도 제공되는 경우	350
[그림 3-6-9] 아파트 일을 했을 때 아팠던 원인 중 가장 신경 쓰이거나 생활에 영향을 준 건강문제	351
[그림 3-6-10] 종사상지위별 프리젠템 5대 건강문제와 평균 아팠던 날	353
[그림 3-6-11] 아파트 일을 했을 때 생산성	353
[그림 3-6-12] 임금근로자 사업체규모별·종사상지위별 유급 휴가 제공률	356
[그림 3-6-13] 질병 휴가 사용 쉬운 정도	359
[그림 3-6-14] 질병 휴가 사용 어려운 이유	360
[그림 3-6-15] 질병 휴가 사용 후 예상되는 불이익	361
[그림 3-6-16] 지난 10년 임금근로자 종사상지위별 주된 질환(68.1% 차지하는 5대 질환)과 상병기간 분포	368
[그림 3-6-17] 종사상지위별, 가구소득수준별, 월소득수준별 충분히/적시에 치료받지 못한 비율	371
[그림 3-6-18] 당시 종사상지위·가구소득수준별 주된 상병 충분히/적시에 치료 받지 못한 이유	374
[그림 3-6-19] 주된 상병 충분히/적시에 치료 받지 못했을 때 생산성	374
[그림 3-6-20] 주된 상병으로 인한 소득 감소 경험(종사상 지위별)	376
[그림 3-6-21] 주된 상병으로 인한 소득 감소 경험(사업체 규모별)	377
[그림 3-6-22] 주된 상병으로 인한 실제 경험(종사상 지위별)	379
[그림 3-6-23] 주된 상병으로 인한 실제 경험(사업체 규모별)	380
[그림 3-6-24] 주된 상병 발생 시 공적안전망 이용 경험	385
[그림 3-6-25] 상병 발생했을 때 종사상지위별 각 사항 우려 정도	388
[그림 3-6-26] 각 지원제도 필요 정도	389
[그림 3-6-27] 상병수당에 대한 인식	391
[그림 3-6-28] 상병수당 비용 부담 순위	393
[그림 3-6-29] 현재 민간의료보험 가입률과 가입할 의향이 있는 사람들의 비율	397
[그림 3-6-30] 상병수당 지불 의향	397
[그림 3-6-31] 상병수당 비용 지불의사액	398
[그림 3-6-32] 지난 1년 임금근로 상병 경험자 휴가제공 여부에 따른 아파트 일하지 못한 날과 아파트 일한 날	404
[그림 3-6-33] 지난 1년 임금근로 상병 경험자 휴가제공 여부에 따른 우려사항과 지원이 필요한 사항의 정도	408
[그림 3-6-34] 중증도별 주된 상병 후 충분히/적시에 치료받지 못한 경험 비율	409
[그림 3-6-35] 중증도별 주된 상병 후 소득감소/일자리 상실 경험한 비율	410
[그림 3-6-36] 주된 상병 중증도별 주요 우려 사항과 정도	411
[그림 3-6-37] 주된 상병 중증도별 주요 지원 내용과 필요한 정도	412
[그림 3-6-38] 종사상지위, 고용형태, 사업체규모별 임금근로자 고용보험 가입률	417
[그림 3-7-1] 제도 비활성화 원인에 대한 노동자, 사용자간의 의견	428





[그림 3-7-2] 기업 규모에 따른 제도도입의 수용성에 대한 노동자, 사용자 간의 의견 .....	428
[그림 3-7-3] 제도 도입에 대한 노동자, 사용자 간의 의견 .....	429
[그림 3-7-4] 보장 대상의 범위에 대한 노동자, 사용자 간의 의견 .....	430

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제1부

## 서론

제1장 연구개요

제2장 한국형 상병수당 도입의 이론적 배경



# 제1장

## 연구개요

제1절 연구 배경 및 논의 경과  
제2절 상병수당 도입의 필요성  
제3절 연구 목적 및 수행 체계

# 제 1 장 연구개요

## 제1절 연구 배경 및 논의 경과

### 1. 연구 배경

#### 가. 아픈 근로자가 무리하여 출근하는 프리젠티즘 문제

□ 우리나라 임금근로자의 건강 문제로 인한 노동생산성 손실 대부분은 프리젠티즘이 원인

○ 임금근로자의 건강 문제로 인한 노동생산성 손실은 평균 26.6%(Lee et al., 2020)

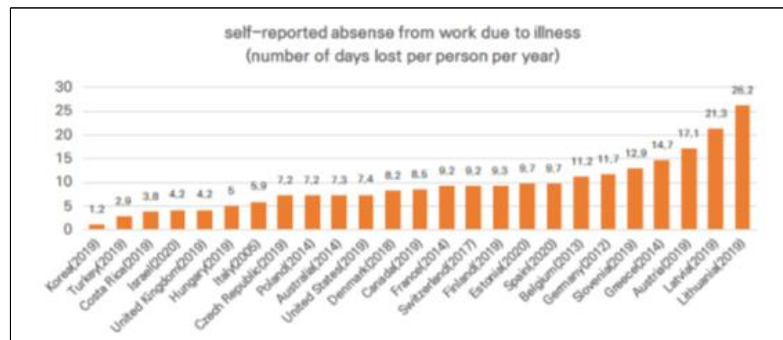
- 노동생산성 손실은 건강 문제로 인한 결근, 조퇴, 지각 등의 근로시간 손실을 의미하는 애플턴티즘(Absenteeism)과 출근했으나 건강 문제로 업무수행능력이 저하되는 프리젠티즘(Presenteeism)으로 구분, 건강관련 노동생산성 손실의 96%가 프리젠티즘이 원인

□ 높은 프리젠티즘 가능성

○ OECD 근로자에서 1년 중 아파서 쉬 날은 한국이 1.2일로 통계가 보고된 OECD 국가 중 가장 낮은 수준으로 프리젠티즘 잠재성이 상당히 높음.

○ 리투아니아 26.2일, 핀란드 9.3일, 미국 7.4일, 영국 4.2일, 체코 4.2일 보다 낮은 수준임.

[그림 1-1-1] OECD 국가별 자가 보고 일인당 연간 병가 일수(단위: 일, 국가(보고된 최신연도))



자료: Data extracted on 11 Oct 2021 06:09 UTC (GMT) from OECD.Stat.

#### 나. 코로나바이러스-19 대응에서 질병의 사회적 위험에 대한 근로자 보호의 격차 부각

□ 코로나바이러스-19의 국가 보건 위기는 사회보장에서 근로자 자격에 따른 격차 문제를 여실히 드러내었음(ILO, 2020a).

○ 공무원은 업무 관련성 관계없이 질병과 부상(이하 상병) 기간 휴가와 소득을 보장받음.

- 일반 근로자는 업무상 상병에 대해서는 산재보험의 휴업급여를 보장받지만, 개인 상병에 대해서는 사업장 취업 조건에 따라 보장 여부와 수준이 달라짐.

- 자영업자 등을 포함하는 비임금근로자는 고용주를 특정하기 어렵거나 불가능하여 원천적으로 휴가와 소득을 보장받는 제도가 부재함.

(표 1-1-1) 업무상 관련성 여부에 따른 상병 발생 시 병가와 소득보장 현황

구분	보장유형	업무상 상병		업무 외(개인) 상병	
		근거	보장 기간	근거	보장 기간
본인	공무원	• 공무원 복무규정 • 공무원 재해보상법	• 유급병가 180일 • 유급휴직 3년	• 공무원 복무규정	• 유급병가 60일 • 유급휴직 2년
	임금근로자	• 산재보험	• 휴업급여	• 단체협상/취업규칙	• 임의 유/무급 병가
	비임금근로자			-	-

주 1) 병가는 연차유급휴가와 별도로 질병을 이유로 규정된 휴가이며 병가기간 보수 지급여부에 따라 유급병가 또는 무급병가로 구분됨.

□ 감염된 근로자의 출근으로 인한 감염병 확산은 유급병가 보장에서 근로자 간 자격의 격차를 해소해야 하는 사회적 과제를 남겨주었음.

○ 2020년 7월, 감염된 노동자의 출근에 의한 부천 쿠팡 물류센터 집단감염 발생을 경험하면서 아픈 근로자가 무리하게 출근하게 되는 근본적 원인에 대해 사회적 관심이 증가했고 한 시적 긴급 대응과 함께 지속 가능한 사회안전망으로 상병수당 도입을 검토하게 됨.

□ 특히, 일반 근로자에서도 고용주 유급병가 제공은 사업장 규모, 종사상 지위에 따라 격차 발생

○ 공공기관, 일부 대기업 등은 단체협약을 통해 상병 발생 시 유급병가를 보장받지만 5인 미만 영세 사업장 근로자는 연차휴가도 법적으로 보장받지 못함.

○ 정규직은 노조를 중심으로 권익을 증가시켜 왔지만, 비정규직은 만성적인 고용불안을 겪으며 양자 간의 격차는 확대되어 왔음.

○ 노동패널(12-20차) 분석 결과, 전체 사업장 근로자 중 병가 제공 사업장의 근로자 비율은 47%로 임금근로자의 절반도 되지 않음(강희정 외, 2019).

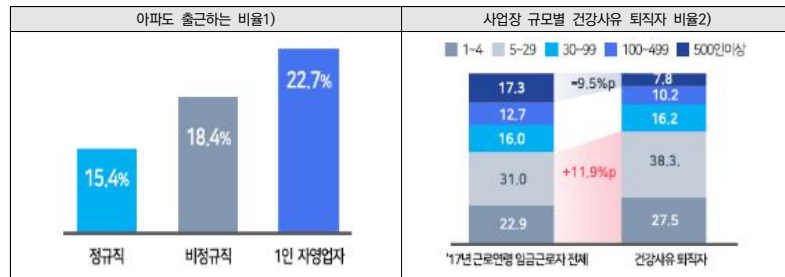
- 사업장 규모(500인 이상 74%, 5인 미만 7%)와 종사상 지위(상용 56%, 일용 5%)에 따라 상당한 격차

- 유급(연차)휴가 적용에서도 상당한 격차
  - 500인 이상 84% - 5인 미만 11%, 상용 73%, 일용 7%

#### □ 비정규직, 1인 자영업자, 30인 미만 사업장 근로자는 건강 문제 대응에서 특히 취약

- 비정규직, 1인 자영업자에서 프리젠티즘이 높고, 30인 미만 사업장에서 임금 근로자 비중에 비해 건강사유 퇴직자 비중이 11.9%포인트 더 높음.

[그림 1-1-2] 임금근로자에서 아파도 출근하는 비율과 사업장 규모별 건강사유 퇴직자 비율



자료: 1) 정연 외(2020), 한국산업안전보건공단, 산업안전보건연구원(2017) 자료 활용  
 2) 강희정 외(2019), 12~20차 통합 노동패널 데이터 분석.  
 3) 보건복지부(2021:10)에서 재인용

#### □ 코로나바이러스-19는 노동시장 유연화에 대응하지 못한 사회보장제도의 취약성을 드러내고 포스트 코로나 대비 건강 관련 사회안전망 강화의 필요성을 부각시켰음.

- 사회보험제도가 상용근로자 중심으로 도입되었기 때문에 노동시장 유연화로 인한 비정형·비전형 근로자의 증가는 사회보험에서 배제되는 사각지대를 형성해 왔음.
  - 노동시장을 임금노동과 자영업이라는 이분법적 체계로 분류하기 어려워지면서 여기서 배제되는 이들이 사회보장 사각지대를 형성하면서 노동시장 이중화와 사회적 불평등을 심화시켜 왔음.
- 특히, 인터넷을 기반으로 하는 디지털 경제에서 코로나바이러스-19 팬데믹은 위치 기반 플랫폼에 종사하는 근로자들의 위험과 불평등 문제를 드러내었고 우리 사회가 공동으로 대응해야 하는 의제로서 그 중요성을 급부상시켰음(ILO, 2021).
  - 디지털 노동 플랫폼은 크게 두 개의 범주로 분류
  - 첫째, 온라인 웹 기반 플랫폼(online web-based platform)은 고용주가 온라인 또는 원격으로 임무와 작업을 할당하며 프리랜서 및 콘테스트 기반의 플랫폼을 통한 번역, 법률, 재무 및 특허 서비스, 디자인 및 소프트웨어 개발 수행을 포함

- 둘째, 위치 기반 플랫폼(location-based platform)은 노동자별 특정 물리적 위치에 있는 사람에 의해 수행되며 택시, 배달, 홈서비스, 가사노동 및 돌봄 제공 등을 포함

#### ○ 노동시장 이중화, 사회적 양극화 심화에 대응하여 사회보호제도의 보편성은 지속 가능한 성장을 위한 필수 조건으로 강조되어왔음(OECD, 2020a).

- 미래 위험의 불확실성은 사회 안전을 위해 모든 활동 근로자를 통제할 수 있어야 하고 이를 위해 다양한 형태의 취업자를 모두 포용하는 방식의 제도 도입이 필요한.
- 범유행 초기 '감염병 예방 및 관리에 관한 법률'에 근거하여 긴급히 감염 근로자의 치료 기간 보장과 소득손실의 보상을 위해 코로나-19로 입원, 격리 중 근로자에게 유급휴가를 제공하도록 사업주 부담의 일부를 정부가 지원함.

- ★ 지원근거: 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률
- ★ 지원대상: 코로나-19로 입원 또는 격리된 자에게 휴가를 제공한 사업주
- ★ 지원금액: 개인별 임금 일급기준으로 1일 과세급여액(최대13만원) × 유급휴가 기간
- ★ 신청서류: 사업주와 임금근로자의 자격과 유급휴가 제공 사실 관련 확인 서류

#### ○ 정부는 2020년 7월 14일 한국판 뉴딜 종합계획을 발표하면서, 고용사회안전망을 강화하고 함께 잘 사는 포용적 사회안전망을 다지기 위한 한국형 상병수당 도입 계획을 제시하였음.

#### ○ 특히, 위장된 자영업자(disguised self-employment) 보호의 필요성이 대두되면서 기존의 사회보험에서 이들을 포함하기 위한 전략이 추진되고 있음.

- 실업 위험에 대응하기 위한 사회보험제로서 고용보험의 적용대상을 비정형, 비전형 근로자까지 확대하는 전 국민 고용보험 로드맵 추진이 발표되었음(고용노동부, 2020).
- 위장된 자영업자 또는 가짜 자영업자란 고용관계에서 실제 근로자로서 종속성이 존재함에도 자영업자로 활동하는 위장된 고용관계를 의미함(서정희, 박경하, 2016).

#### ○ '아프면 쉬기'에 대한 사회적 요구가 급증하며 경제활동을 하는 모든 취업자를 포괄하는 보다 구체적인 정책 대안으로 전 국민 대상 건강보험과 연계한 '상병수당'의 도입이 더욱 적극적으로 검토될 수 있었음.

- 건강보험에서 상병수당의 도입은 감염관리, 조기 치료 및 근로 복귀의 기회를 보편적으로 확대하는 접근임.

- ★ 적극적 감염관리: 건강보험 보장성 기반의 조기진단 접근성 확대
- ★ 적극적 정부개입: 국가 건강보험 체계 기반으로 모든 취업자의 의료 접근성 확대

#### □ 국제 비교 관점에서도 코로나-19는 우리나라 사회보장제도의 취약성을 확인시켜 주었음.

- OECD 회원국 대부분은 기업이 제공하는 유급병가를 통해 취업자에게 상병 시 소득을 보장하고 있음(남궁준, 2020).
- OECD 국가 중 공적 상병수당 제도가 없는 나라는 한국, 미국, 스위스, 이스라엘이 있으나, 한국을 제외하고 세 나라는 민간기업에 대한 규제를 통해 근로자의 소득을 보장하고 있음(남궁준, 2020).
  - 미국은 유급병가를 보장하고 있지는 않지만, 가족 및 의료 휴가법(Family and Medical Leave Act)을 통해 아파서 일하지 못할 때 쉴 권리와 해고당하지 않을 권리를 보장하고 있음.
  - 이스라엘은 기업 복지로 제공되는 유급병가의 최소기준을 정하는 법(Sick Pay Law)을 근거로 기업이 근로자의 경제적 위험에 대한 책임을 지도록 하고 있음.
  - 스위스는 민법 324조를 통해 법적으로 민간기업의 유급병가 제공을 강제하고 있음.

#### 다. 미래 감염병과 사회적 위험의 복합성에 대응하는 포용적 사회 보호의 중요성 부상

- WHO(2021)<sup>1)</sup>는 공중 보건 위기 상황에서 연구 개발이 필요한 질병의 우선순위를 제시하면서 미래 감염병 위험의 대응 필요성과 이를 위한 사회안전망 강화를 권고했음.
- 전염병 유행으로 인한 대규모 공중보건위기의 잠재성과 현재 정책 대응의 불충분성을 고려하여 향후 대응책 마련이 필요한 질병 우선순위를 제시하였음(WHO, 20201).
  - COVID-19
  - Crimean-Congo haemorrhagic fever
  - Ebola virus disease and Marburg virus disease
  - Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)
  - Nipah and henipaviral diseases
  - Rift Valley fever
  - Zika
  - “Disease X”

1) WHO homepage. Emergency contexts. cited 2021 March 6. Available from <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>

- 목록에서는 코로나, 에볼라, 메르스, 지카 바이러스 등과 함께 정체가 불분명하지만, 미래에 다가올 ‘감염병 X’를 제시하고 있음.
- 관련하여, 미 국립보건원(NIH)과 국제개발처(USAID) 지원으로 세계 35개 국가 연구자, 관료 6,000여명과 협업한 감염병 연구 프로젝트 ‘PREDICT’ 총책임자인 조나 마제트 미국 UC 데이비스 감염병학 교수는 “인수공통감염 바이러스 약 50만종 중 연구팀이 밝혀낸 것은 0.2%에 불과하여 미래세대는 계속 바이러스에 끌려 다닐 수밖에 없다”고 밝히고 “바이러스가 퍼지는 게 아니라, 인간이 바이러스를 퍼뜨린다는 점”을 경고했음(조선일보, 2021.3.6)<sup>2)</sup>.
  - 언제나 다시 발생할 수 있는 미래의 감염병 범유행 위기에 대비하여 개인이 아프면 활동을 멈추고 쉴 수 있도록 지원하는 제도 마련 필요

#### □ 아울러, 사회적 안전은 사회적 보호에서 배제가 없는 포용적 제도 설계의 필요성을 요구함.

- 업무상 관련성이 없더라도 아픈 근로자의 건강을 보호하는 제도적 설계가 필요하며 특히, 자격 제한으로 인해 보호에서 배제되는 근로자가 없도록 포용성을 높이는 것이 미래 사회안전망의 필수 요건임을 코로나-19를 통해 알게 되었음.
- 미래 감염병 위기에 대응하기 위해 업무 외 개인 질병과 부상에 대해서도 전제 근로자가 병가 제공과 병가기간 소득을 보장받는 사회보호제도의 필요성이 급부상함.
  - 아픈 근로자의 무리한 출근으로 인한 집단감염 발생 및 사업장 안전 예방 필요
  - \* 2020년 7월, 부천 쿠팡 물류센터 집단감염 발생, 유급병가 부재 문제 제기

#### 라. 보편적 건강보장을 위한 소득보장의 필요성에 대한 인식 확대

- 코로나-19 대응 감염 근로자의 격리 경험을 통해 **소득보장이 아픈 근로자의 질병 악화와 빈곤화 위험을 예방하는 필수조건이라는 사회적 인식 확대**
- 국제노동기구(ILO)는 상병급여협약(1969년)을 통해 상병수당 보장기준 제시, OECD 36개 국은 한국·미국을 제외하고 모두 국가 수준에서 상병수당 시행 중
- **보편적 건강 보장(UHC)**은 의료 서비스 접근의 보장뿐 아니라 **질병 발생이 초래하는 근로 중단 기간 상실 소득을 보상하는 현금지원 보장도 필요**로 함.
  - \* UHC (Universal Health Coverage) 모든 사람이 재정적 어려움을 겪지 않으면서 양질의 필수건강서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것임(WHO, 2021a)

2) 조선일보 01면 2021.3.6. “위험한 바이러스 50만종... 밝혀낸 건 0.2%뿐.

- 상병치료 기간 소득손실은 의료비 부담을 가중해 근로자와 가족의 빈곤화 위험 증대시킨. 질병과 빈곤의 악순환 고리를 끊도록 개인의 건강 취약성 해소를 위해 현금지원 프로그램 필요(ILO, 2020a; Lönnroth et al. 2020).

- 최근 COVID-19 이후 ‘아프면 쉬기’에 대한 사회적 요구가 급증하며 상병수당 통한 감염관리, 조기 치료 및 근로 복귀 필요성 대두
  - 한국판 뉴딜의 고용·사회안전망 과제, COVID-19 위기 극복을 위한 노사정 협약 등을 통해 상병수당 도입에 대한 사회적 분위기 조성

#### □ 국민건강보험법 부가급여 60조에 근거에 의한 상병수당 설계 추진

- 건강에 큰 영향을 미치는 사회적 취약성이 높은 근로자에 대해 상병 기간 현금지원을 위한 보편적 기여-급여 체계 설계는 건강보험 도입 이후 지속적으로 제기되어 온 이슈임.
  - 건강보험법 제정 시 제50조(부가급여)에 상병수당 도입의 근거를 마련해 두었음.
- **아픈 근로자의 근로능력을 보호하기 위해서는 상병수당과 의료서비스 보장이 연계되어야** 하며, 대상에 있어서도 **다양한 근로형태를 포괄**할 수 있어야 함. **전국민을 대상으로** 의료서비스를 보장하고 있는 **건강보험과 연계한 제도 설계가 추진이 필요함.**
- 한국형 상병수당은 미래 대응을 위한 예방적 접근으로 ‘아파도 참는’에서 ‘아프면 쉬는’ 방식으로 근로자 인식 변화를 지원하는 제도적 기반으로 추진되어야 함.
  - 2020.7, 한국형 뉴딜의 사회안전망 과제로 한국형 상병수당 도입 추진 발표
  - 2021.4, 사회적 부담에 대한 대화와 합의 도출의 근거 생산을 위한 제도 설계 및 시범사업 추진 방안 연구 시작

## 2. 상병수당 도입에 대한 그간의 논의 경과

□ 코로나-19 범유행이 국내 제도 도입 추진의 직접적 계기가 되었음.

- 2020, 보편적 건강 보장 실현 위한 소득 지원 필요성 강조(ILO, 2020a)
- 2020.7.14., 한국판 뉴딜 종합계획 내 사회안전망 과제로 상병수당 추진 포함.
  - 한국형 상병수당 도입을 위한 연구용역 수행(2021년) 및 저소득층 등 대상 시범사업 추진(2022년) 결과를 바탕으로 구체적인 제도 도입방안 검토
- 2020. 7.7, COVID-19 사회경제위기대응 시민사회대책위원회, 상병수당 법제화 요구<sup>3)</sup>

- 2020.7.28., COVID-19 위기극복을 위한 노사정 사회적 협약 체결
  - 노사정은 업무와 연관이 없는 질병 등으로 치료를 받는 과정에서 발생하는 소득의 손실로 인한 생계 불안정 문제를 개선하기 위해 건강보험 보장성 강화 및 재정 여건 등을 종합적으로 고려하여 사회적 논의를 추진하기로 협약 체결

○ 2020.8~, 경사노위 사회안전망 위 건강보험 제도개선분과 논의 시작 (20.8~)

○ 2021년 대통령 신년사 통해 ‘상병수당’ 도입 노력 언급 (‘21.1.11)

□ 그러나 상병수당은 새로운 이슈가 아님. 국민건강보험법 제정 당시부터 지속적으로 그 필요성이 제기되어 왔으나 재정 등 여건 미비로 미루어져 왔던 과제였음(강희정 외, 2019).

○ 1963년 12월 의료보험법이 제정된 이후 1989년 7월 전 국민 의료보험으로 확대되고 1999년 국민건강보험법으로 새롭게 제정되면서 단순히 질병 치료를 위한 의료 서비스 보장뿐 아니라 건강의 사회적 요인을 통제하기 위한 소득보장의 필요성이 논의되었음 (최인덕, 김진수, 2007; 정형준, 2017).

- 상병수당은 1995년 의료보험 통합일원화와 보험급여 확대를 위한 범국민연대 회의가 장기 과제로 상정한 바 있으며, 1993년 기준 실시 비용은 4천7백97억 원으로 추정된 바 있음 (정형준, 2017).

○ 한국 건강보험의 근간이 된 독일의 질병보험이 제정된 1883년부터 사회보험 급여로 상병수당을 제공해 온 것은 도입 필요성의 근거로 활용되어 왔음.

- 비스마르크가 19세기 후반 산업혁명의 영향으로 나타난 노동자 계급을 보호하고 사회통합을 유도하기 위해 사회보험 입법을 추진했으며, 그 일환으로 1883년 최초의 사회보험인 질병보험을 도입했고, 법정 질병보험에 가입된 근로자에게 질병으로 근로무능력상태가 지속될 때 질병금고에 제출된 의사 진단서를 근거로 임금대체급여인 상병수당을 지급했음(조성혜, 2018).

○ 또한 1952년 국제노동기구(ILO)가 사회보장의 최저수준에 관한 협약 [(ILO Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No.102)] 에서 질병으로 인한 소득중단에 대비한 상병수당에 관하여 규정했고, 1963년 ‘요양급여와 상병수당 협약’[Medical Care and Sickness Benefits Recommendation, 1963 (No. 130)], 1969년 ‘요양급여와 상병수당 권고’ [Medical Care and Sickness Benefits Recommendation, 1969 (No. 134)]를 통해 상병수당을 자세히 권고함으로써 이를 근거로 시민단체를 중심으로 국내 도입이 주장되어 왔음(조성혜, 2018; 강희정 외, 2019).

○ 무엇보다 보편적 건강보장(Universal Health Coverage, UHC)은 모든 사람이 재정적 어려움을 겪지 않으면서 양질의 필수 건강 서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것으로 의료보장뿐 아니라 소득보장 급여의 필요성을 내포하고 있음.

3) COVID-19 사회경제위기 대응 시민사회대책위원회(2020.7.7.). 민주노총과 한국진보연대, 참여연대, 경실련 등 단체 참가



- 1948년에 제정된 WHO 현장에서 건강은 단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태라는 다차원적 개념으로 정의되었다는 점에서(WHO, 2021b), 상병수당을 통한 소득보장급여의 도입은 보편적 건강보장 달성을 실현하는 것임.

□ 그동안 시민사회단체, 환자 단체, 가입자 단체들은 질병 발생으로 인한 의료비 부담뿐 아니라 취업 중단 및 소득 상실로 인한 의료 빈곤화 문제를 지속적으로 제기하고 상병수당의 도입을 주장해 왔음(의학신문, 2018. 5.18.; 강희정 외, 2019).

- 국내 상병수당 도입 논의에 있어서 변화는 코로나-19 범유행이라고 할 수 있음. 이에 코로나-19 범유행을 전후로 논의의 방향을 정리하였음.

## 가. 코로나-19 범유행 이전 : 사회 의제로 상병수당 논의

### 1) 개인의 건강권 보장을 위한 소득보장정책으로서 상병수당 논의

□ 1999년 국민건강보험법으로 새롭게 제정되면서 단순히 질병 치료를 위한 의료 서비스 보장 뿐 아니라 건강의 사회적 요인을 통제하기 위한 소득보장의 필요성이 논의되었음(최인덕, 김진수, 2007; 정형준, 2017).

- 개인의 건강권 실현을 위한 필요조건으로 이후 상병수당 도입 필요성의 근거로 사용됨.

□ 건강은 의료 서비스만으로 보장될 수 없음.

- 모든 근로자의 건강권은 세계인권선언에 기반한 인권적 함의를 가짐.
  - WHO 현장에서 건강에 정의에서 건강에 대한 '사회적 안녕'의 영향을 포함.
  - 건강과 빈곤의 악순환 방지를 위해 국가의 보편적 건강보장 의무 발생
- 건강이 단순히 질병이 없거나 허약하지 않은 것이 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태라는 다차원적 개념이므로 국민의 건강보장은 의료 서비스 뿐 아니라 국민이 아플 때 필요한 소득 등 사회적 여건을 보장하는 것을 전제함.
- 1995년 의료보험 통합일원화와 보험급여 확대를 위한 범국민연대 회의가 상병수당을 장기 과제로 상정하고 건강보험법에도 부가급여 조항으로 명시하고 있는 것은 이러한 철학적 기반이 반영된 것임.

□ 국제적으로 개인의 건강권 실현을 위한 보편적 건강보장에 대한 국가의 의무를 권고해왔음.

- 1952년 국제노동기구(ILO)가 사회보장의 최저수준에 관한 협약 [ILO Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No.102)] 에서 질병으로 인한 소득 중단에 대비한 상병수당에 대하여 규정

- 1963년 '요양급여와 상병수당 협약'[Medical Care and Sickness Benefits Recommendation, 1963 (No. 130)]

- 1969년 '요양급여와 상병수당 권고'[Medical Care and Sickness Benefits Recommendation, 1969 (No. 134)]

□ 국내에서도 2006년 국가인권위원회가 사회보장권 강화 측면에서 상병수당의 의무급여화를 통한 건강보험 개선을 권고했으나 당시, 건강보험재정의 빈약성, 현물급여 부분의 취약성 등으로 지연되었음(정형준, 2017).

- 국민의 건강권 보장을 위해서는 국가의 의무가 따르지만, 그동안은 재정 여건 등을 이유로 개인의 건강권 실현에 바탕을 둔 논의 보다는 취약계층이나 중증질환자 보호를 중심으로 논의가 전개됐음.

□ 현재 상병수당 도입이 그 어느 때보다 적극적으로 논의되고 있지만, 개인의 건강권 보장이라는 철학적 기반보다는 필요성에 기반한 대응 정책에 중심을 두고 있다고 평가됨.

- 코로나-19는 위기 대응에 있어서 국민의 건강 수준이 얼마나 중요한 국력임을 상기시키며, 보편적 건강보장을 위한 국가의 의무를 확대하는 기회를 제공하고 있음.

### 2) 취약계층 및 중증질환자 보호를 위한 소득보장정책으로 상병수당 논의

□ 질병과 빈곤의 악순환이라는 근본적 사회문제 해결을 위한 소득보장정책으로 상병수당 도입 필요성이 주장되어 왔음(최인덕, 김진수, 2007; 신기철, 2010; 2011; 정형준, 2017).

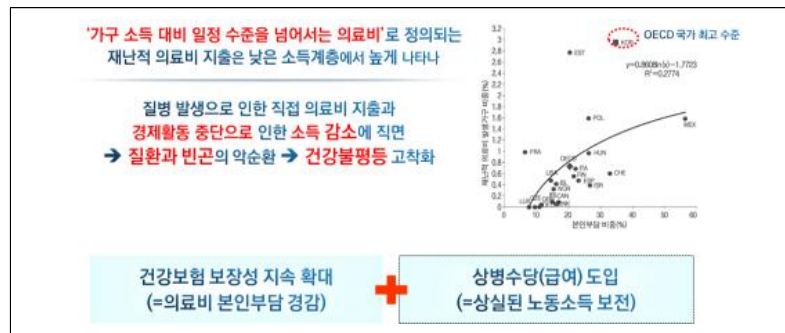
- 2000년대 중반 이후 세계적 경기침체의 여파로 저임금 비정규 근로자를 보호하기 위한 사회안전망으로 건강보험에서 상병 원인의 근로 무능력 기간 상실 소득의 일부를 보전해 주는 소득보장제도로서 논의가 확대되었음(최인덕, 김진수, 2007).

- 국제 비교에서 한국의 재난적 의료비<sup>4)</sup> 발생 가구 비율이 높은 수준이었고, 2014년 송파 세모녀 자살 사건 등 위기 가족의 극단적 사건·사고의 발생으로 국내에서도 질환 발생으로 인한 빈곤화의 위험에 대한 사회적 우려와 관심이 높아졌음.

4) WHO(2000)는 지불 능력 중 의료비로 40% 이상 지출된 경우로 정의하였으나 각국의 보건의료상황에 따라 그 기준점은 더 높거나 낮을 수 있음.

- 재난적 의료비 기준을 본인 부담 의료비(건강보험료+법정급여 본인부담금+비급여 본인 부담금)가 연간 가구소득의 40%를 넘게 지출한 경우로 정의할 때, 대부분 유럽 선진국들은 재난적 의료비 경험 가구가 없거나 있더라도 2% 미만인 것에 비해 우리나라는 3.7%(2012년 기준)로 매우 높은 수준으로 보고되었음(OECD, 2016).
- 암 환자 가구에서 서비스 보장성 강화 외 직업 상실 등으로 인한 가구소득 감소를 보전하는 상병수당 지급 등 현금지원 필요성이 제기되었음(양동욱 외, 2017).

[그림 1-1-3] 건강보험 보장성 강화와 상병수당 도입



- 그러나 높은 재난적 의료비 발생률이 건강보험의 낮은 보장성과 사회경제적 취약성이 결합한 결과이지만 건강보험에서 현금 급여 도입에 따른 재정적 부담이 크기 때문에 그동안은 의료보장성을 높이는 접근이 우선 추진되었음.

### 3) 노동시장 이중화 대응 근로자 보호 정책으로 상병수당 도입 논의

- 2000년대 후반 세계적 경기침체로 노동시장 피해, 실업 규모 증가에 대응하여 각국은 고용정책을 최우선과제로 선정했음(김승택, 2009).
- 미국의 오바마 대통령은 당선인 시절부터 노사관계 개혁과 일-직장 양립에 대한 근로자 자유선택법, 유급병가 확대 등을 추진, 경기침체의 영향을 받는 취약계층을 위한 사회안전망 확대 추진
- 국내에서도 2007년 외환위기 이후, 노동시장 유연화와 사회 격차 확대에 의한 사회보험 사각지대 해소의 과제가 부상하면서, 근로자의 사회적 취약성이 질병의 빈곤화 위험을 더욱 상승시키는 문제가 관심을 받기 시작했음.

- 고임금 근로자에게 보장되는 혜택을 저임금 근로자도 받을 수 있도록 법적 또는 협약상 권리 보장의 필요성 제기(Schmitt, 2011)
- 복지국가의 사례를 기반으로 국내 근로자의 건강 보호를 위해 근로기준법 개정을 통한 유급병가 도입과 상병수당 도입이 함께 논의됨(신기철, 2011; 전병유, 2013; 조성혜, 2018).
  - 상병수당 도입의 필요성을 넘어 어떤 방식으로 설계하느냐가 중요 (김종수, 2016)
  - 취약 근로자 집단에서 질병 발생 후 소득 상실로 인한 빈곤화 위험에 대응하기 위해 소득보장제도 정비와 상병수당 도입 필요(이승윤, 김기태, 2017)
  - 사회적으로 합의 가능한 상병수당 기준 마련 필요, 수급조건, 지급액 및 지급기간을 ILO의 최소수준에서 도입, 재원 및 운영 방식은 건강보험 혹은 고용보험 중 선택(김기태, 이승윤, 2018)
  - 고용형태, 종사상 지위, 사업장 규모에 따른 근로자 건강보호 격차와 이로 인한 빈곤화 위험의 격차 해소를 위해 상병수당 도입 필요(김수진 외, 2018; 정현우, 2019; 신기철, 2020)
- 도입 필요성을 전제로 보다 구체적인 설계 방향에 대한 논의가 확산되었으며 특히, 건강보험을 기반으로 소득보장 급여 도입 논의가 확산함 (임승지 외, 2019; 2021; 손민성 외, 2019; 신기철, 2019; 강희정 외, 2019; 2021; 이재훈 2020).

### 나. 코로나-19 범유행 이후: 국가 의제로 상병수당 논의

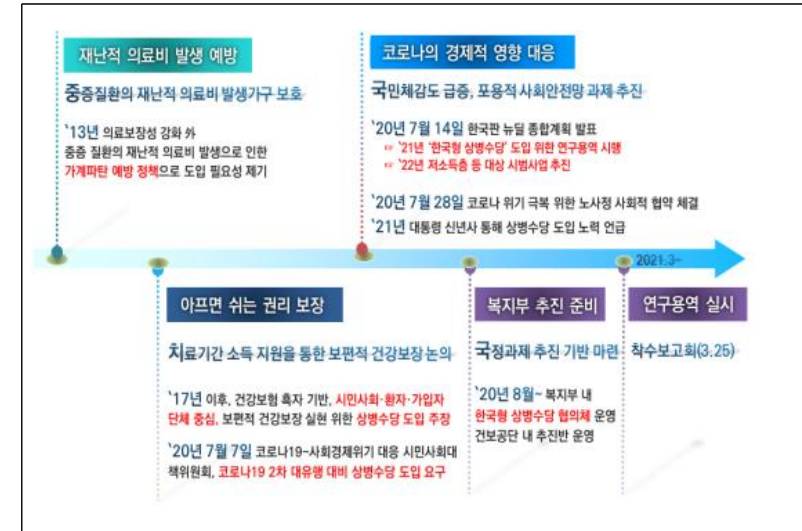
- (아프면 쉬는 권리 보장) 치료기간 소득 지원을 통한 보편적 건강보장 논의
- 2020년 7월 7일, COVID-19-사회경제위기 대응 시범사회대책위원회, COVID-19 2차 대유행 대비 상병수당 도입 요구
- (코로나의 경제적 영향 대응) 국민 체감도 급증, 포용적 사회안전망 과제로 추진
- 2020년 7월 14일, 대통령 주재 한국판 뉴딜 국민보고대회(제7차 비상경제회의) 후 한국판 뉴딜 종합계획 발표
 

- (2021년) '한국형 상병수당' 도입을 위한 연구용역 시행
  - (2022년) 시범사업 추진
  - 시범사업 결과를 토대로 지급방식, 지원조건 등 구체적 도입방안 마련 예정
- 2020년 7월 28일, 코로나 위기 극복을 위한 노-사-정 사회적 협약 체결

가. 노사정은 업무와 연관이 없는 질병 등으로 치료를 받는 과정에서 발생하는 소득의 손실로 인한 생계 불안정 문제를 개선하기 위해 건강보험 보장성 강화 및 재정 여건 등을 종합적으로 고려하여 사회적 논의를 추진한다.

- 경사노위 사회안전망위원회 건강보험 제도개선분과 논의 시작('20.8)
- 2021년 대통령 신년사 통해 '상병수당' 도입 노력 언급
- 한국판 뉴딜 종합계획 발표(기획재정부, 2020.7.14)
  - 고용·사회 안전망 강화를 위해 한국형 상병수당 도입 연구용역 추진
    - 저소득층 등 대상의 시범사업 추진, 결과 기반 지급방식, 지원조건, 관련 제도 연계 등 구체적 제도 도입방안 마련
- 통합적 정책설계 요구
  - 보편적 건강보장은 건강의 사회 결정요인 관련 정책들의 연계 요구
  - 실질적 형평성 향상은 사람 중심에서 사회보험과 사회 보호를 연계하는 국가 단위 통합 정책설계 요구
- (복지부 과제 추진) 국정과제 수행을 위한 기반 마련
  - 국제노동기구(ILO)는 상병 급여협약(1969년)에서 상병수당 보장기준 제시, OECD 36개국은 한국·미국을 제외하고 모두 국가 수준에서 상병수당 시행 중
  - 국민건강보험법 제50조 부가급여 근거 기반 추진
    - 건강 취약성이 높은 근로자에 대한 정책적 고려를 반영하여 상병 기간 현금지원을 위한 보편적 기여-급여 체계 설계 필요
  - 복지부 내 '한국형 상병수당 협의체' 구성 운영('20.8~), 공단 내 추진반 운영
  - 제도 설계를 위한 연구 수행 중('21.3~)

[그림 1-1-4] 상병수당 연구 수행의 배경



## 제2절 상병수당 도입의 필요성

### 1. 일상 회복과 경제 성장을 위한 사회안전망 구축

#### 가. 전 국민을 포괄하는 사회안전망은 국가 위기 대응의 필수 요건

- COVID-19 팬데믹 대응에서 일상 회복과 경제성장을 위해 「고용유지」는 복지국가의 핵심 역할로 재(再)부상하였고, 감염병 위기 상황에서 국민의 경제활동으로 인한 사회적 감염 확산을 방지하기 위한 포용적 사회보장제도의 필요성이 특히 주목받음(윤홍식, 2021).

팬데믹-19 위기 상황에서 가장 효과적인 대응 체제는 북유럽 복지 체제 (윤홍식, 2021)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 코로나 팬데믹 대응에서 보편적 복지국가의 전형인 스웨덴, 덴마크 등 북유럽 국가들은 영국, 미국, 호주와 같은 자유주의 복지 국가들보다 소극적이었던 것으로 평가 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 덴마크와 핀란드의 추가 현금지원은 각각 GDP의 1.8%, 3.0%</li> <li>• 잔여적 복지국가의 대표인 뉴질랜드와 미국의 추가 현금지원은 GDP의 19.1%, 16.7%</li> </ul> </li> <li>- 스웨덴 등 북유럽 국가들이 미국과 뉴질랜드보다 COVID-19 누적 확진자 수가 많았지만, 추가 현금지원 지출의 필요성은 상대적으로 적었음. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 높은 공공부문 고용 비율, 낮은 자영업자 비중, 일자리의 높은 질은 고용유지 등을 위한 추가 현금지원을 크게 요구하지 않았음.</li> </ul> </li> <li>- 전체 근로자를 포괄하여 상병 발생의 경제적 충격에 대응하는 사회안전망은 긴급 위기 상황에서 자동 조절 장치로서 작동함.</li> </ul>

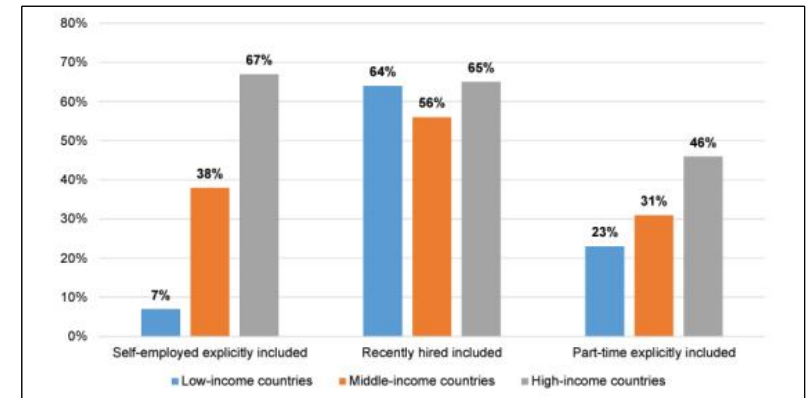
#### 나. G8 도약 대한민국의 국격에 맞는 사회보장 최저선 확보 필요

- 국제기구는 인권과 사회권의 보장 측면에서 상병수당제도의 도입을 권고해 왔음.
- 1948년 세계인권선언과 WHO 현장에서 건강의 정의를 통한 건강권 보장
  - ILO는 1952년 사회보장의 최저수준에 관한 협약을 통해 질병으로 인한 소득 중단에 대비한 상병수당을 규정하고 이후, 1963년 요양급여와 상병수당 협약, 1969년 요양급여와 상병수당 권고를 통해 지속적으로 상병수당 도입을 권고해 왔음.
- OECD 회원국이며 이른바 G8 도약을 논의하는 대한민국의 국격을 고려할 때 상병수당 도입 필요
- COVID-19 범유행 상황에서 아프면 집에서 쉬는 것이 질병의 확산을 막는 핵심적인 방법으로 권고되었지만 많은 근로자들이 아프면 집에서 쉴 수 있는 재정적 상황에 있지 못한.

- UN 가입 193개 국가 대상 분석에서, 약 73% 국가가 상병 첫날부터 유급병가 보장, 고소득 국가의 67%가 공식 보장 대상에 자영자를 포함하고 있음(World Policy Analysis Center, 2020; Jody et al., 2020).

- UN 가입 국가 중 181개 국가가 유급병가를 보장하고 있으며, 보장하지 않는 국가로 확인된 11개 나라 중 미국, 한국, 인도 등이 포함됨.
- 저소득 국가 중 자영근로자를 포함하는 국가는 7%, 신입근로자를 포함하는 국가는 64%, 파트타임 근로자를 포괄하는 국가는 23%
- 중소득 국가 중 자영근로자를 포함하는 국가는 38%, 신입근로자를 포함하는 국가는 56%, 파트타임 근로자를 포괄하는 국가는 31%
- 고소득 국가 중 자영근로자를 포함하는 국가는 67%, 신입근로자를 포함하는 국가는 65%, 파트타임 근로자를 포괄하는 국가는 46%

[그림 1-1-5] 사용자 유급병가 적용 대상에 자영자, 신입근로자, 파트타임 근로자를 포함하는 국가 비중



자료: Jody et al., 2020, p.6; World Policy Analysis Center, 2020, p.2.에서 재인용  
주: 소득수준은 2019년 World Bank's country and lending groups에 따름.

#### 다. 미래 감염병 위기에 대응하는 예방 제도 필요

- 지난 20년간 전 세계는 일련의 감염병 위기를 경험했고 경험하고 있음.
- 2002년 SARS, 2009년 H1N1, 2012년 MERS, 2020년 COVID-19
  - 이 과정에서 국가 단위에서 적용되는 유급병가 정책은 다음에 출현하게 될 새로운 위험한 감염병에 대비하는 중요한 기반이라는 것을 경험했음.

#### □ 상병수당은 작업장, 지역사회 등으로 전염성 질병의 확산 방지

- Scheil-adlung and Sandner(2009)는 상병수당으로 보장되는 병가가 공중 보건과 경제에 미치는 심각한 영향의 사례로서 2009년 신종플루(H1N1) 경험 소개
  - 2009년 H1N1 유행성 전염병이 경제위기와 함께 발생했을 때 유급 상병 휴가를 사용할 수 없었던 수많은 노동자가 아픈 상태로 출근하였고, 이로 인해 H1N1은 감염자의 동료들을 통해 확산되어 미국에서만 700만의 감염자가 발생시켰음.
  - 반면, 직장 유급병가가 안정적으로 보장되는 독일에서는 신종플루의 확산이 차단됨.
  - 직업을 잃을 수 있다는 두려움, 구조조정과 인원 감축에 대한 두려움 등은 아픈 노동자들의 출근을 설명하는 요인으로 규명됨. 즉, 유급 상병 휴가의 부재는 H1N1 감염병 확산에 상당히 부정적 영향을 미치는 결과를 낳았음.
- Asfaw A et al.(2017)은 유급병가 제공이 고용주에게 \$0.63~\$1.88 billion (2016년 달러 기준)의 절감 효과가 있다고 추정했음(2007~2014년 동안의 인플루엔자 관련 연간 결근 비용 감소).
- 한국에서도 2020년 COVID-19 감염병 확산 상황에서 다수의 배달 노동자들이 전염의 위험에도 불구하고 일터로 나왔다가 전염병이 확산하는 사례가 발생함.
  - 근로자가 증상을 느끼고 출근하지 않을 확률을 높이기 위한 소득보장 장치 필요
- 최근 ILO(2020c)에서도 감염병 확산 방지를 위해 상병수당 확대가 필요하며, 특히 자영업자, 비전형근로자(non-standard employment) 등 그동안 다뤄지지 않았던 대상자에 관한 관심이 필요하다고 하였음. 실제 영국에서는 자가격리 중인 직 이코노미(gig economy)를 포함한 모든 근로자에게 상병수당 확대가 이루어진 바 있음.

## 2. 유급병가제도의 건강과 경제적 편익 제고

### 가. 질병 충격으로 인한 개인의 빈곤화 예방

- 고용주의 병가 제공과 함께 보장되는 상병수당은 노동자가 실직과 소득 상실의 두려움으로 아파도 일을 하도록 만드는 상황을 예방할 수 있음.
- 특히, 경제 위기 시 해고나 차별의 두려움으로 많은 노동자들이 상병 사실을 보고하기 주저할 때 상병수당이 중요한 역할 수행 (Scheil-adlung and Sandner, 2009).
- 상병수당이 부재한 곳에서, 아픈 노동자들은 건강의 악화와 빈곤화의 위험 사이에서 그들의 건강을 돌볼 것인지 또는 직업 및 소득의 손실을 감당할 것인지를 갈등하게 되고 아픔에도 불구하고 일을 지속하게 됨(Scheil-adlung and Sandner, 2009).

#### □ 근로자는 적시에 적절한 치료 및 휴식의 기회를 얻게 되어 건강 악화를 방지할 수 있음.

- 병가는 보건의료서비스에 접근하기 위한 필수조건으로 노동자들이 신속하게 의료에 접근하는 기회를 보장하여 회복기간을 단축하고 증증화를 예방할 수 있음(Scheil-adlung and Sandner, 2009).
- 상병수당은 소득 안정성을 제공하여 질병 충격으로부터 개인과 가구의 빈곤화 위험을 예방함.
  - 상병으로 인한 장기요양은 의료비 부담과 실업으로 이어져, 가계의 소득불안정을 초래하고 노동자를 빈곤층으로 전락시킬 수 있음(정형준, 2017).
  - 상병으로 인한 직업 불안정성의 위험과 관련하여, 상병수당은 연속적인 일자리와 소득 안정성을 제공함으로써, 일터에서의 차별을 완화하거나 방지하는 기능을 수행할 것임(이승윤·김기태, 2017; Scheil-adlung and Sandner, 2009).
  - 의료비 부담에 근로 중단으로 인한 경제적 부담이 가중되어 일부 계층은 빠르게 빈곤으로 유입되고, 빈곤은 다시 질병 유병률을 높이는 악순환이 반복될 수 있음(최인덕·김진수·공경렬, 2005; 이승윤·김기태, 2017).

## 우리나라 전체 근로자가 겪고 있는 상병 악화와 빈곤의 위험

- (분석 개요) 한국복지패널 제10차~14차 조사자료(2015~2019년, 5개년) 분석을 통해 건강 충격으로 인한 경제활동 변화를 추정. 건강충격 발생 시점(2017년)을 기준으로, 이 전 2년 동안(2015~2016년)의 경제활동 참여상태와 건강충격 발생 여부를 확인하고, 건강충격 발생 이후 2년(2018~2019년)간의 경제활동 및 근로소득을 추적함.

※ 이 때, 질병·사고로 인해 일을 할 수 없는 모든 상황을 가능한 포괄적으로 포함하기 위해 1일 이상 입원 에피소드를 기준으로 건강충격으로 정의함.

- (종사상 지위별 지위 변화) 건강충격에 따른 종사상 지위 변화를 살펴보면, 상용직, 임시일용직, 자영업 모두에서 건강충격으로 인한 지위 하락 비율이 높았음. 건강충격을 받은 근로자는 그렇지 않은 경우보다 지위가 하락할 위험이 2배 이상 높았음.

〈 건강충격 유무에 따른 종사상 지위 변화 (단위: %) 〉

종사상지위(2016)	건강충격 유무	지위변동	2017	2018	2019	비고
상용직 <sup>1)</sup> (n=1797)	건강충격 無 (n=1694)	지위유지	90.2	83.7	79.6	상용직 유지
		지위하락	<b>8.3</b>	<b>14.1</b>	<b>17.1</b>	비경활/임시일용직 전환
		비임금근로자 전환	1.5	2.2	3.3	비임금근로자 전환
	건강충격 有 (n=103)	지위유지	80.6	73.8	68.0	상용직 유지
		지위하락	<b>18.4</b>	<b>25.2</b>	<b>28.1</b>	비경활/임시일용직 전환
		비임금근로자 전환	1.0	1.0	3.9	비임금근로자 전환
임시일용 <sup>2)</sup> (n=1338)	건강충격 無 (n=1222)	지위유지	76.8	66.5	59.0	임시일용직 유지
		지위하락	<b>10.9</b>	<b>17.4</b>	<b>19.2</b>	비경활로 전환
		지위상승	10.0	12.3	16.0	상용직 전환
	건강충격 有 (n=116)	비임금근로자 전환	2.3	3.8	5.8	비임금근로자 전환
		지위유지	69.0	69.0	60.3	임시일용직 유지
		지위하락	<b>19.8</b>	<b>18.1</b>	<b>21.6</b>	비경활로 전환
자영업 <sup>3), 4)</sup> (n=810)	건강충격 無 (n=734)	지위유지	8.6	8.6	15.5	상용직 전환
		지위상승	2.6	4.3	2.6	비임금근로자 전환
		비임금근로자 전환	2.6	4.3	2.6	비임금근로자 전환
	건강충격 有 (n=76)	지위유지	89.9	80.9	74.2	자영업 유지
		지위하락	<b>4.1</b>	<b>7.9</b>	<b>9.8</b>	비경활로 전환
		임금근로자 전환	3.5	7.6	11.9	임금근로자 전환

주1) 상용직의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017~2019년 모두 통계적으로 유의함(p<0.05)

주2) 임시일용직의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017년에만 통계적으로 유의함(p<0.01)

주3) 자영업의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017년에만 통계적으로 유의함(p<0.01)

주4) 자영업에서 고용주로 전환한 경우는 별도로 표기하지 않음. 따라서 비율의 합이 100%가 되지 않음.

- (고용 지위별 지위 변화) 임금근로자 내에서도 종사상 지위 하락의 위험이 더 높았음.

## 우리나라 전체 근로자가 겪고 있는 상병 악화와 빈곤의 위험

〈 건강충격 유무에 따른 고용 지위 변화 (단위: %) <sup>1)</sup> 〉

고용지위(2016)	건강충격유무	지위변동	2017	2018	2019	비고
정규직 <sup>2)</sup> (n=1695)	건강충격 無 (n=1602)	지위유지	84.3	80.3	76.9	정규직 유지
		<b>지위 하락</b>	<b>14.1</b>	<b>17.4</b>	<b>19.6</b>	비정규직/비경활 전환
	건강충격 有 (n=93)	지위유지	75.0	69.9	63.4	정규직 유지
		<b>지위 하락</b>	<b>22.6</b>	<b>26.9</b>	<b>30.1</b>	비정규직/비경활 전환
비정규 <sup>3)</sup> (n=1440)	건강충격 無 (n=1314)	지위유지	70.2	62.6	56.0	비정규 유지
		<b>지위하락</b>	<b>10.1</b>	<b>16.6</b>	<b>18.2</b>	비경활로의 전환
	건강충격 有 (n=126)	지위상승	17.5	17.2	20.4	정규직으로 전환
		지위유지	62.7	65.9	56.4	비정규 유지
		<b>지위하락</b>	<b>17.5</b>	<b>17.5</b>	<b>20.6</b>	비경활로의 전환
		지위상승	18.3	14.3	22.2	정규직으로 전환

주1) 건강충격 이후 비임금근로자로 전환된 경우는 별도로 비율을 표기하지 않음. 따라서 전체 비율의 합이 100%가 되지 않음.

주2) 정규직의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017~2019년 모두 통계적으로 유의함(p<0.01)

주3) 비정규직의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017에만 통계적으로 유의함(p<0.1)

- (종사상 지위별 소득 변화) 특히 건강충격에 따른 소득변화를 살펴보면, 오히려 상용직과 정규·상용직 근로자의 경우에도 상당수가 유급평가 혜택을 받지 못함에 따라 건강충격이 소득 감소로 이어진 것으로 유추해볼 수 있음.

〈 건강충격 유무에 따른 소득 변화 - 종사상지위별 분석1) (단위: 만원) 〉

종사상지위(2016)	건강충격 유무	2016(A)	2017	2018	2019(B)	B-A
상용직 (n=1797)	무(n=1694)	4081	4246	4426	4487	406
	유(n=103)	<b>4019</b>	<b>3942</b>	<b>3900</b>	<b>3886</b>	<b>-133</b>
임시일용 (n=1338)	무(n=1222)	1867	1874	1902	1941	74
	유(n=116)	1731	1786	1724	1746	15
자영업 (n=810)	무(n=734)	2433	2609	2610	2437	4
	유(n=76)	<b>1882</b>	<b>1679</b>	<b>1668</b>	<b>1591</b>	<b>-291</b>

주1) 건강충격 유무에 따른 그룹간 소득 격차는 2019년 상용직, 2016~2019년 자영업에서만 통계적으로 유의함(p<0.05)

- 한편, 임시일용직, 비정규직의 경우 건강충격에 따른 소득 변화가 거의 나타나지 않았는데, 이는 임시일용직, 비정규직의 연평균 소득이 정규상용직 근로자의 절반에도 미치지 못하는 최저임금 수준인 상황에서, 최소한의 기대소득을 유지하기 위해 근로 강도를 높이는 방식으로 근로일수의 감소를 뒀을 가능성이 있음.

주: 세부 내용은 본 보고서 제 3장 참조

## 나. 고용주의 경제적 편익 확대

□ National Partnership for Women & Families(2020)는 기업 입장에서 유급 병가 도입의 효과는 (1) 노동력의 안정성 증대를 통한 비용 절감, (2) 생산성의 증가, (3) 질병 예방, (4) 의료 비용 감소를 기대할 수 있다고 보고하였음.

### ○ 노동력 안정성 증대를 통한 비용 절감

- 근로자 대체 비용은 연간 보상액의 16%에서 200%까지 발생할 수 있음. 유급병가일수는 이직률을 감소시켜 신규 고용을 위한 광고, 면접, 훈련비용을 줄일 수 있음 (Boushey & Glynn, 2012).
- 텍사스 오스틴 시에서 유급병가 조례의 비용 편익 분석 결과, 순전히 직원 이직률 감소로 인한 비용 절감이 유급 병가 제공의 예상 비용을 초과하기 때문에 연간 450만달러를 절약할 것으로 추정함(Milli, 2018). 단, 데이터 부족으로 부분적인 분석만 이루어짐.
- 아울러, 텍사스 주 오스틴 시는 독감 감염 감소, 응급실 방문 감소, 기타 공중보건 혜택으로 연간 380만 달러 절약을 추정했음(Milli, 2018).

### ○ 생산성의 증가

- 유급병가는 직원이 아파도 출근하여 일할 때 발생하는 생산성 손실을 줄일 수 있음. 이러한 출근주의(presenteeism) 비용은 국가 경제에 연간 1600억 달러 또는 물가 보정시 약 2,340억 달러까지 부담을 줌 (CCH Incorporated, 2006).
- 출근주의는 잠재적 생산성 손실(평균 20%)과 감염 확산의 위험을 초래하는 문제로 인식되고 있음.

### ○ 질병 및 질환 예방

- 아픈 근로자의 출근은 동료 근로자 뿐 아니라 고객과 대중을 위험에 처하게 할 수 있음.
- 유급병가 제공시 독감 같은 질환의 확산 통제만으로 얻게 되는 결근의 감소로 고용주는 매년 최대 18억 달러를 절감(Asfaw et al., 2017).

\* 2007~2014년 동안의 인플루엔자 관련 연간 결근 비용 감소를 근거로 추정할 때, Paid Sick Leave 제공은 고용주에게 \$0.63~\$1.88 billion(2016년 달러기준)의 절감 효과

### ○ 보건의료비용 감소

- 유급병가가 없는 근로자는 유급 병가가 있는 근로자보다 응급실 치료를 받을 수 없기 때문에 스스로 응급실 치료를 받을 가능성이 2배 더 높음.
- 일상적 의료 방문 예약과 예방적 의료 이용을 통해 값비싼 응급의료비용을 줄일 수 있거나 보험료 인상을 통제할 수 있음.

□ 이 밖에도 고용주 편익이 보고된 사례는 다음과 같음.

### ○ 직무 대체 감소를 통한 편익

- 상병수당을 통하여 고용주는 연간 비용 중에 3.61%~6.43%의 직무교체로 발생하는 비용을 감소시킬 수 있음(Cooper & Monheit, 1993).

### ○ 노동자의 프리젠티즘 비용 감소

- 질병은 작업의 양과 업무의 질 모두에 영향을 미칠 수 있음. 많은 고용주들이 깨닫지 못하지만 질병과 관련된 업무 생산성 손실을 의미하는 프리젠티즘은 다른 건강 관련 비용보다 기업에 훨씬 더 많은 부담을 초래할 수 있음(Hemp, 2004).
- 미국 기업의 노동자 프리젠티즘(presenteeism, 신체적, 정신적으로 아픔에도 불구하고 회사에 출근하는 행위)으로 인한 비용은 2002년 기준으로 \$150 billion 이상으로 추정(Hemp, 2004).
- 상병수당은 노동자가 적시에 의료서비스를 제공 받고 집에서 보다 빨리 회복하도록 하여 이러한 비용을 감소시킬 것임.

### ○ 작업장에서의 사고 및 손상 발생 감소

- 질병이나 스트레스는 안전한 업무수행 또는 의사결정을 하는 능력을 손상시킬 수 있으며, 이로 인해 작업장 사고의 발생위험을 증가시킬 수 있음.
- 유급병가가 있는 근로자는 없는 근로자보다 작업장 사고가 28% 감소됨(Asfaw et al., 2012).

## 다. 장기적으로 사회적 비용 부담 감소

□ 근로자는 다양한 이유로 상병 발생 시 적시에 유급병가를 이용하지 못하는 상황에 처하게 되고 결과적으로 적시에 이용하지 않는 결과는 이후 또 다른 사회적 위험(실직, 장애 등)과 복합됨으로써 사회보장 급여 증가와 사회적 부담 증가를 초래하게 될 것임.



[그림 1-1-6] 유급병가에 대한 격차는 빈곤과 건강 불평등으로 인한 사회적 부담 초래



주: 근로자 유형과 사업장 규모별 유급병가 적용율을 본 연구에서 시행된 제6장 대국민 설문조사 결과 반영

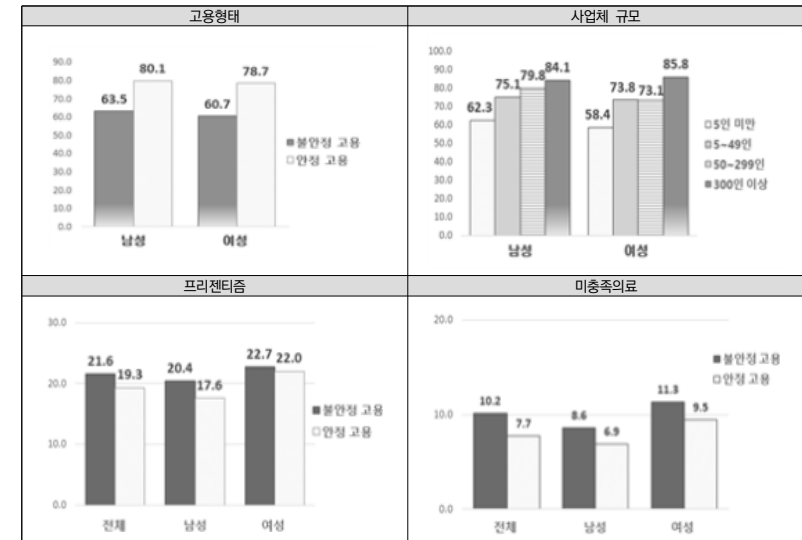
□ 유급 병가는 질병 발생과 빈곤의 악순환 고리를 끊어냄으로써 빈곤 구제 정책으로 투입되는 사회적 부담을 줄일 수 있음(Scheil-adlung and Sandner, 2009).

- 아픈 것을 참고 일하는 것은 의료비용 증가를 넘어, 생산성 저하로 인한 비용, 건강과 사회적 불평등에서의 집합적인 비용을 포함하는 등 다양한 경로로 사회적 부담을 초래함.
- 최인덕 외(2005)은 질병으로 인한 입원, 결근, 조퇴 등에서 초래되는 국민의 소득기회 상실분(생산액 손실)을 연간 7조 6천 233억원으로 추산(당시 GDP의 1.7% 규모).
  - 의료기관 이동 및 대기, 간호 등에 소요되는 간접 기회비용까지 고려한다면 생산액 손실은 GDP의 3%인 13조 4천 500억원으로 확장될 것으로 추정(최인덕 외, 2005).
  - 사회적 비용을 최소화하기 위한 안전망으로써 상병수당 도입은 필수적

### 3. 한국의 건강불평등 현황과 상병수당에 대한 높은 수요

□ 코로나-19는 사업장 규모, 고용 형태, 종사상 지위에 따른 건강할 기회의 불평등을 드러냄.

[그림 1-1-7] 한국의 건강불평등 현황



자료: 정연 외(2020), 한국산업안전보건공단, 산업안전보건연구원(2017); 보건복지부, 질병관리청(2017), 국민영 자료 분석

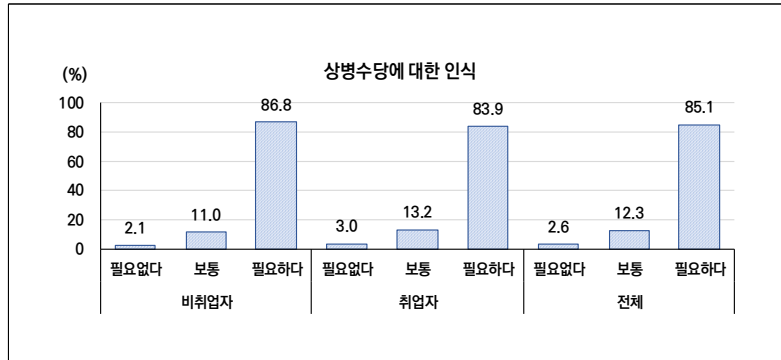
○ 택배 물류센터와 콜센터에서 발생한 COVID-19 집단감염, 택배 노동자들의 잇따른 과로사는 코로나 상황에서 필수적인 '거리두기'나 '아프면 쉬기'가 어떤 근로자들에게는 불가능함을 드러냄.

○ 특히, 고용상태에 따른 건강불평등을 크게 부각시켰음. 정규직보다 비정규직이, 대기업보다 소규모 사업체 종사자가, 원청업체보다 하청업체 근로자의 건강 수준이 더욱 좋지 못함.

□ 이 연구의 목적을 위해 전국에 거주하는 만 19세~74세 남·여를 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 실시한 온라인 설문조사 결과, 비취업자와 취업자 모두에서 80% 이상의 응답자가 상병수당 도입이 필요하다고 인식하고 있음.

○ 조사 규모는 8,000명으로, 취업자 7,000명과 비경제활동 인구 및 실업자 1,000명을 대상으로 함.

[그림 1-1-8] 상병수당에 대한 인식



자료: 이 연구에서 실시된 조사 결과(제6장 제5절 참조)

### 제3절 연구 목적 및 수행 체계

#### 1. 연구 목적

- (연구 목적) 연구의 목적은 한국형 상병수당 시범사업 모형 및 운영방안을 개발하는 것임.
- 한국형 상병수당 제도의 기반 모델을 개발하고 사전적 타당성 검증을 위한 시범사업 모형과 운영방안을 설계하여 제안하고자 함
  - 세부 목적은 다음과 같음.
    - 1. 상병수당 제도의 필요 근거 마련과 국내·외 동향 분석
    - 2. 상병수당 도입에 대한 인식 및 기반모형 설계를 위한 대국민 설문조사
    - 3. 한국형 상병수당 제도 도입을 위한 기반모형 설계
    - 4. 한국형 상병수당 시범사업 방안 설계
    - 5. 한국형 상병수당 제도 도입을 위한 인프라 구축과 재정관리 방안 제언

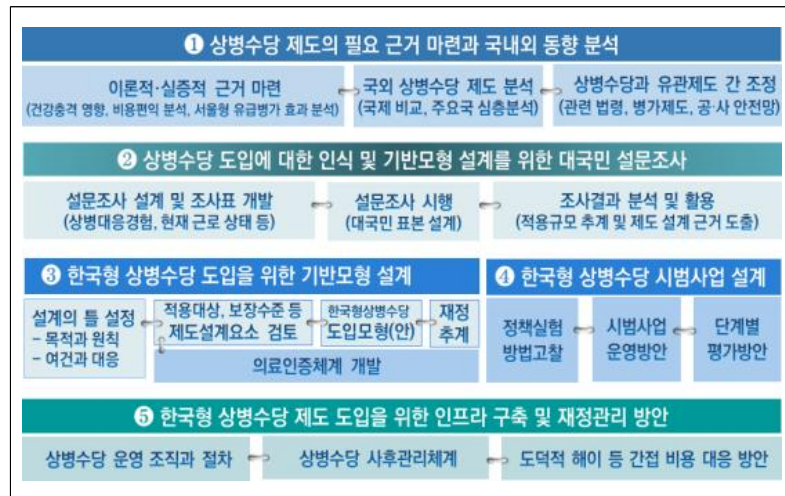
#### 2. 연구 수행 체계

##### 가. 연구 내용

- (연구 내용) 연구 목적을 달성하기 위한 연구의 주요 내용은 다음과 같음.
- 1. 한국형 상병수당 제도의 필요성과 국내·외 동향 분석
    - ① 제도 도입의 이론적·실증적 근거 마련
    - ② 국외 상병수당 제도 현황 분석
    - ③ 상병수당과 국내 유관 제도 간 관계 분석과 조정 방향 제언
  - 2. 상병수당 도입에 대한 인식 및 기반모형 설계를 위한 대국민 설문조사
    - ① 설문조사 설계 및 조사표 개발
    - ② 설문조사 시행
    - ③ 조사 결과 분석 및 활용
  - 3. 한국형 상병수당 제도 도입의 기반모형 설계
    - ① 설계의 틀 설정
    - ② 제도 설계 요소별 쟁점 분석

- ③ 의료인증체계 개발
  - ⑤ 한국형 상병수당 도입 모형(안) 개발
  - ⑥ 재정추계
- 4. 한국형 상병수당 시범사업 설계
- ① 정책실험 방법 고찰
  - ② 시범사업 운영방안 설계
  - ③ 시범사업 단계별 평가방안 설계
- 5. 한국형 상병수당 제도 도입을 위한 인프라 구축 및 재정관리 방안
- ① 상병수당 운용 조직과 절차
  - ② 상병수당 사후관리 체계
  - ③ 도덕적 해이 등 간접비용 대응 방안

[그림 1-1-9] 연구 목적과 내용



□ 상병수당 대안 모형 검토를 위한 접근 틀은 다음과 같음.

[그림 1-1-10] 상병수당 대안 모형 개발의 틀

목적	보편적 건강 보장	아픈 근로자의 자격에 따른 '적시 치료 기회' 격차 해소	
☆ 공무원·교직원, 대기업 근로자에 편중된 '적시 치료기회'를 모든 근로자에게 고르게 보장하기 위한 제도 설계			
☆ 공적 상병수당을 통해 사업장 규모, 종사상 지위, 고용 형태에 따른 적시 치료 기회의 격차 해소 유도			
➢ (Gap1) 중소기업 사업장 근로자: 기업복지 수준에 따른 격차, 상대적으로 낮은 수준의 유급 병가 적용			
➢ (Gap2) 영세 사업장 근로자: 연차 휴가 보장도 제한적, 5인 미만 사업장은 의무적용대상에서 제외			
➢ (Gap3) 비정형·비전형 근로자: 조건 미달로 적용에서 제외, 제도적 사각지대 형성			
➢ (Gap4) 자영 근로자: 사업 중단에 대한 소득 보장 제도의 원천적 부재			
방식	제도적·경제학적 환경 파악	관련 이해관계자 참여	내·외부 환경 연계·조정
- 국제적 경험과 교훈: 제도 맥락에 따른 상병 및 장애 연금 도입의 경험과 교훈		- 부담 주체의 수용성: 이해관계 집단별 특성을 고려한 환경 조성 및 지원 정책 개발	- 건강보험과 연계: 적용대상 및 수급조건, 기여와 수급의 관계를 고려한 내부 관계 설계
- 사회정책방향: 노동시장 참여와 복귀를 지원하는 소득보장		- 수급 효과의 균형: 이해관계 집단 간 고른 편익 효과를 고려한 제도 설계	- 상병수당과 기타제도 간 연계: 노동법(병가규정) 등 법률 제·개정, 관련 사회보험 및 공적부조 제도 조정
- 비용편익, 건강충격 영향, 설문조사: 근거기반 제도 설계			

#### 나. 연구 수행 체계

- 연구의 체계적 수행을 위해 주제별로 4개의 분과를 운영하고 분과 간 검토 결과의 통합과 조정을 위하여 기획조정분과를 운영했음. 각 분과별 주제는 다음과 같음.
- (제도설계분과) 상병수당 제도의 기반모델 개발, 의료인증체계 개발, 시범사업 방안 개발, 제도 인프라 설계
  - (제도와환경분과) 국내 관련 제도 현황, 주요 외국의 상병수당 제도 심층 분석, 상병수당과 제도 간 관계 검토
  - (조사분석분과) 건강충격의 영향 분석, 대국민 조사 및 결과 분석, 지자체 사례 분석으로 성숙형 유급병가 효과 분석
  - (재정분과) 비용 편익 예비 분석, 재정 추계 방향 검토, 간접비용 대응 재정 관리 방향 검토

[그림 1-1-11] 연구 수행 체계



□ (총괄연구자문단 운영) 상병수당 제도 도입의 정책적 효과 프레임 설정, 대안 선택에 대한 논의와 조정을 위해 보건정책, 사회정책, 이해당사자를 대표하는 전문가로 구성된 총괄연구자문단을 구성·운영함.

○ (구성) 보건의로 및 사회정책 전문가, 이해관계단체, 정부, 연구진

## 다. 연구 운영 및 추진 일정

□ (추진 일정) 전체 연구 일정과 분과별 연구 추진 일정은 다음과 같음.

[그림 1-1-12] 연구 추진 일정





## 제2장

### 한국형 상병수당 도입의 이론적 배경

- 제1절 상병수당의 개념과 기대효과
- 제2절 상병수당 제도의 형성과 변화
- 제3절 재정 위기에 대응하는 상병수당 제도 개혁
- 제4절 코로나 위기 대응을 위한 상병수당 제도 변화
- 제5절 보편적 건강보장과 상병수당의 관계
- 제6절 한국형 상병수당의 개념적 틀

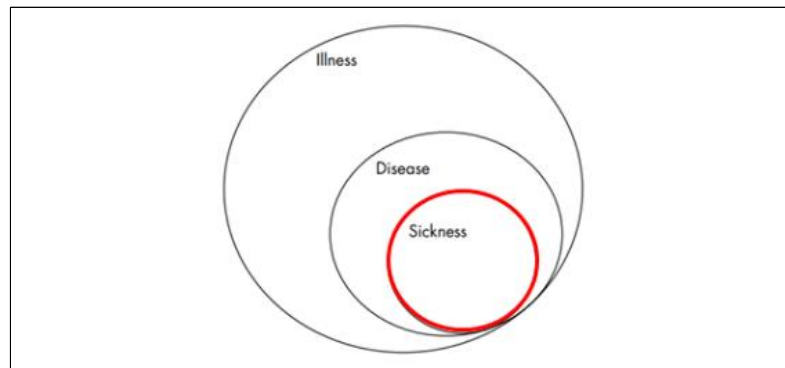
## 제2장 한국형 상병수당 도입의 이론적 배경

### 제1절 상병수당의 개념과 기대효과

#### 1. 질환(illness), 질병(disease), 상병 결근(sickness absence)의 관계<sup>5)</sup>

- 질환(illness), 질병(disease), 상병(sickness)의 개념은 건강하지 않은 상태의 서로 다른 측면을 파악하는 용어로 사용되고 있음(Wikman, Marklund, & Alexanderson, 2005).
  - 질환(illness)은 개인이 느끼는 건강하지 않은 상태로 정의되며 다소 광범위한 개념임.
    - 경증 또는 일시적 문제, 복합적인 건강 문제, 급성 고통을 포괄하여 정상적인 삶을 유지하기 어렵게 하는 건강 질환들을 포함할 수 있음.
  - 질병(disease)은 의사 또는 의료 전문가에 의해 진단된 질환이라고 할 수 있음. 즉, 체계적이고 표준화된 진단 코드로 규정되는 진단명을 가지며 대부분 생의학적 원인과 치료 약 또는 치료법이 있음.
    - 그러나 진단된 질병들도 환자의 주관적 정보인 통증과 감정에 기초하고 여러 징후와 신체 기관 간 상호관계의 복잡성에 의해 구체적이지 않을 수 있다는 한계가 있음.

[그림 1-2-1] 질환(illness), 질병(disease), 상병(sickness) 결근의 가설적 관계



자료: Wickman et al.(2005)

5) Wikman, Marklund, & Alexanderson (2005)의 내용을 바탕으로 정리하였음.

○ 상병(sickness)은 개인이 질환으로 인한 아픔 때문에 삶의 여러 영역에서 수행해야 하거나 주어지는 사회적 역할을 수행하지 못하는 현상으로서 제한된 범위의 개념임. 상병의 규모는 건강하지 않은 개인의 사회적 결과인 상병결근으로 측정될 수 있음.

- 질병은 생물학적 기준에서 벗어난 병리학적 과정임. 반면, 질환은 환자의 불편한 경험과 관련된 것으로 때로는 질병이 진단되지 않아도 발생할 수 있음.
  - 질환에서 일부가 질병으로 진단되고 병가를 경험하는 경우는 훨씬 더 작아질 수 있음.
  - 이는 전체 인구에서 건강 상태가 좋지 않다고 답변한 비율에 비해 실제 질병이 진단되는 비율이 낮아지는 사례와 같음.
- 한편, 상병(sickness)과 상병 결근(sickness absence)의 관계는 더욱 복잡해짐.
  - 상병이 있더라도 일을 하거나 중요한 사회적 역할을 수행 할 가능성은 사회와 노동시장에서 주어지는 실제 조건과 이러한 조건에 대처하는 개인의 능력에 따라 달라질 수 있기 때문임.
  - 만약, 질병결근의 수준에 상당한 변동이 있다면, 이것이 질병이나 질환 이환율의 변동으로 인한 것인지 아니면 노동시장 조건의 변화가 더 크게 작용한 것인지 의문을 가질 수 있음.
  - OECD 통계를 이용해 주요 국가별로 상병급여일수와 주관적 건강수준 변화의 관계를 보면, 국가별로 매년 상병급여 일수의 변화가 반드시 건강수준의 변화와 일관된 방향성을 보이지 않는 것을 확인할 수 있음. 즉, 상병급여의 규모는 건강수준의 영향보다는 국가별 상병수당 제도의 관대성과 포괄성에 더 영향을 받을 수 있음을 추측케 함.

[표 1-2-1] 주관적 건강수준과 상병급여일수의 관계

국가	지표	'06	'07	'10	'13	'15	'17	'19
오스	연간 인당 상병급여 일수 1)	1.00	1.04	1.08	1.08	1.06	1.04	1.11
트리아	15세 이상 인구에서 주관적 건강수준(나쁨 매우 나쁨) 응답자 비율2)	1.00	1.08	1.19	1.17	1.13	1.03	1.00
벨기에	연간 인당 상병급여 일수	1.00	1.03		1.30	1.43	1.52	1.63
	15세 이상 인구에서 주관적 건강수준(나쁨 매우 나쁨) 응답자 비율	1.00	0.99	1.08	1.02	1.12	1.02	1.08
독일	연간 인당 상병급여 일수	1.00	1.05	1.20	1.38	1.38	1.38	1.50
	15세 이상 인구에서 주관적 건강수준(나쁨 매우 나쁨) 응답자 비율	1.00	1.02	0.87	0.87	0.89	0.90	0.91
노르웨이	연간 인당 상병급여 일수	1.00	1.01	0.99	0.94	0.94	0.93	0.93
	15세 이상 인구에서 주관적 건강수준(나쁨 매우 나쁨) 응답자 비율	1.00	0.89	0.83	0.84	0.68	0.77	0.91
스페인	연간 인당 상병급여 일수	1.00	1.01	0.86	0.70	0.84	0.94	1.09
	15세 이상 인구에서 주관적 건강수준(나쁨 매우 나쁨) 응답자 비율	1.00	0.95	0.66	0.68	0.61	0.54	0.59
스웨덴	연간 인당 상병급여 일수	1.00	0.90	0.52	0.55	0.68	0.81	0.73
	15세 이상 인구에서 주관적 건강수준(나쁨 매우 나쁨) 응답자 비율	1.00	0.88	0.92	0.78	0.76	0.97	0.86
영국	연간 인당 상병급여 일수	1.00	0.96					
	15세 이상 인구에서 주관적 건강수준(나쁨 매우 나쁨) 응답자 비율	1.00	0.95	0.89	1.29	1.34	1.09	1.14

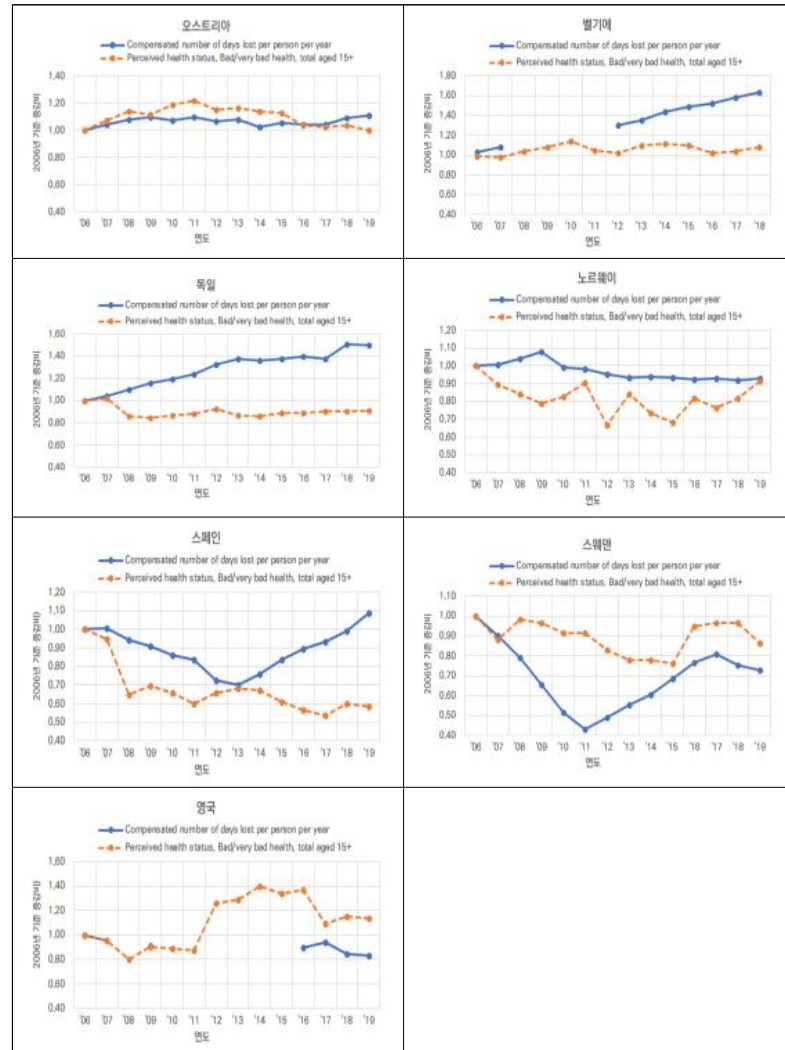
1) Compensated number of days lost per person per year

2) Perceived health status, Bad/very bad health, total aged 15+

자료 : Data extracted on 11 Oct 2021 06:03 UTC (GMT) from OECD.Stat



[그림 1-2-2] 주관적 건강수준과 상병급여일수의 관계



자료 : Data extracted on 11 Oct 2021 06:03 UTC (GMT) from OECD.Stat 자료를 이용하여 작성

## 2. 상병 발생의 경제적 충격 : 질병과 빈곤의 악순환<sup>6)</sup>

□ 질병 발생의 경제적 영향은 단기간에 끝나지 않고 중장기적으로 고용상태, 임금, 소득에 영향을 미치며 가구 또는 개인의 빈곤화를 야기할 수 있음.

○ 질병발생으로 인한 빈곤화는 의료서비스 보장의 불충분성과 개인의 사회적 여건이 복잡하게 결합되어 진전될 수 있음.

○ 자본주의 시장에서 근로자에게 질병과 부상의 발생은 근로능력의 상실과 관련 소득의 상실을 의미함.

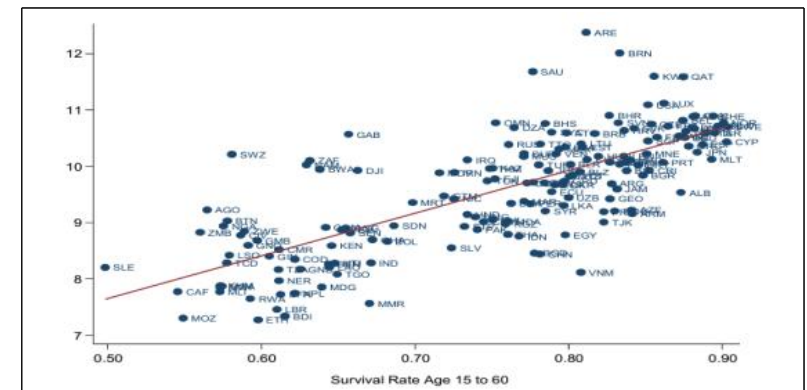
- 상병 발생은 근로자가 기존의 소득 활동을 유지하지 못하여 빈곤해질 위험을 높이면서 동시에 나쁜 건강이 좋은 일자리를 얻을 기회를 낮추는 악순환으로 이어질 수 있음.

○ 15세 이상 인구 중 60%이상이 경제활동에 참여하고 있으므로 근로자의 건강 수준은 건강보험의 성과를 결정하는 동시에 산재보험과 고용보험의 운영에도 영향을 미칠 것임.

- 근로자의 상병발생은 건강의 기능에 부정적 영향을 미칠 뿐 아니라 업무상 손해와 일자리 상실의 위험을 모두 높여 산재보험과 고용보험의 재정 부담을 증가시킬 수 있음.

□ 건강은 인적자본의 핵심요소 신체적 기능과 정신력 향상을 통해 근로자의 생산성을 지원함. 더 나은 건강은 노동시장 참여와 근로자 생산성을 직접적으로 증가시킴(Bloom et al., 2018).

[그림 1-2-3] 15~64세 생존율과 근로자 일인당 GDP(로그치환)의 비조건부 상관관계



자료: Feenstra et al. (2015) and United Nations (2017); Bloom et al.(2018)에서 재인용

6) 제2부 제3장 건강충격이 개인의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향에서 관련 이론을 세부적으로 검토하였음.

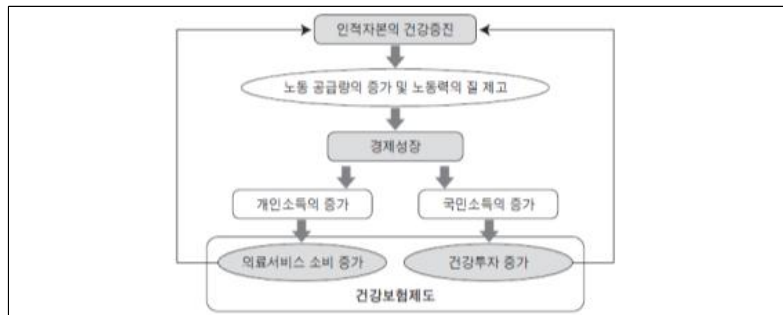


○ 건강과 보건의료(Health and Health Care)는 교육과 함께 인적자본의 양과 질에 중대한 영향을 미치는 투자재이며, 공공성이 큰 상품으로 사회가 개인의 선호에 관계없이 공급을 조장하고자 하는 재화인 가치재(Merit Goods)이기도 함(김영숙 외, 2007).

- 건강과 경제성장 간의 선순환 관계

- 건강이 증진된 인적자본은 육체적 정신적 능력이 향상으로 생산성 향상 기대
- 경제성장은 소득을 증가시키고 이는 의료서비스에 대한 수요 및 소비를 증가시키고 이는 다시 인적자본의 건강증진으로 연결됨.

[그림 1-2-4] 건강증진과 경제성장의 관계



자료: 김영숙 외(2007)

○ Grossman(1972)은 건강수요모형(Health Demand Model)을 통해 건강을 투자재(capital goods)로 정의하고, 건강이 생산인구의 노동가능일수를 증가시켜 소득수준을 높이는 것으로 정리함.

○ WHO(2001)의 CHM(Commission of Macroeconomics and Health)은 거시경제와 보건의료의 관계를 규명하면서 경제성장의 함수에 초기 소득, 경제정책, 건강지표를 포함함.

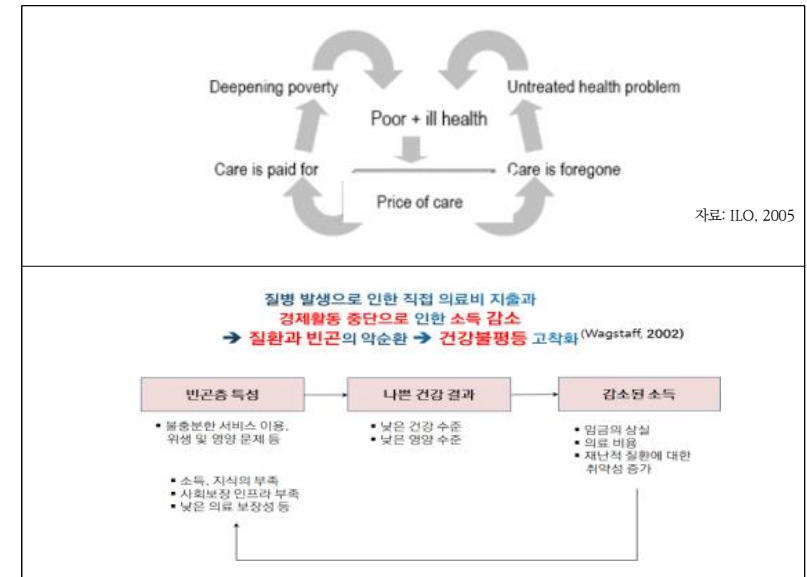
○ 성인 생존율(ASR: Adult Survival Rate)과 노동생산성(labor productivity) 간의 유의한 양의 상관성을 통해 건강이 노동생산성에 긍정적 영향을 미침을 보여주었음(Bloom, Canning, & Sevilla, 2004; Weil, 2007; Bloom et al., 2018).

□ 건강과 노동의 상관관계에서 근로자의 상병 발생은 근로소득의 중단을 초래하여 개인의 사회적 위험을 높일 뿐 아니라 사회적으로 노동 생산성 감소를 초래하게 됨.

○ 노동은 건강에 영향을 미치는 주요한 요인이며 건강은 생산성에 영향을 미치므로 질병과 빈곤이 악순환할 수 있음.

- 저소득층일수록 증증질환 유병률이 높고 가구의 생활비 대비 의료비 비중이 높음(정연, 정수경, 2017).

[그림 1-2-5] 질병과 빈곤의 악순환



○ 따라서 국가 측면에서 건강수준의 향상과 건강 형평성은 거시적 노동생산성을 위한 중요한 인적자본 투자이며, 이러한 관점에서 건강보험에서 의료보장성 확대 뿐 아니라 근로자의 상병기간 소득을 보장하는 기전을 갖추는 것은 필수적임.

○ 건강하지 않기 때문에 노동시장의 지위가 불안정해지고 경제적으로 빈곤해지며, 반대로 열악한 노동환경으로 인해 질병의 위험에 노출될 가능성이 더 커지기도 함.

- 동일한 건강위험에 노출되더라도 노동과 관련된 사회경제적 지위에 따라 그 결과가 다르게 나타남. 즉 건강-노동 간의 관계는 동태적이고 복합적으로 작용하며, 이는 때로 시간적 선후관계를 밝히기 어렵게 만드는 원인이 됨(김수진, 2018).

- 이 때문에 다른 조건이 동일하다면, 건강하지 못한 개인은 임금이 낮은 일자리를 구하게 되거나 실업상태에 놓일 가능성이 높아짐(김창엽, 이택희, 2003, pp. 2-4; 김수진 외, 2018, p.12 재인용).

- 유급병가를 제공하는 국가의 절반이 사업장에서 근로자 건강 보호를 위한 유급병가 급여를 고용주가 단독으로 부담하고 있음(Heymann et al., 2020)
  - 질환 발생 초기 6주간 유급병가급여를 제공하는 국가 중 26%는 사회보장제도가 단독으로, 22%는 고용주와 정부가 분담, 거의 절반 수준인 46%는 고용주가 전적으로 부담
- 건강과 생산성의 손실은 사회적으로 취약한 개인과 가족에게 상당한 어려움을 초래할 수 있음.
  - 가난한 개인이나 가족 구성원이 질병에 걸리면 전 가족이 학교를 결석하고 수입을 얻을 기회를 놓치며 소중한 생계 자산을 팔아 병자의 건강 문제를 해결해야 할 수도 있음.
  - 이러한 건강 및 건강 관련 사건들은 치명적일 수 있고 소득손실과 높은 의료비용 때문에 사람들을 빈곤에 빠뜨릴 수 있음(ILO, 2008).
  - 빈곤과 불건강의 순환 함정은 한세대에서 다음 세대로 이어질 수 있으므로 취약한 사람들이 노출되는 건강과 재정적 위험들의 해결을 위한 사회건강보호(social health protection) 체계가 구축되어야 함.

### 3. 상병수당의 개념과 기대효과

#### 가. 상병수당에 대한 사전(辭典)의 정의와 법률 용어

- 상병수당(Sickness Benefits)에 대한 사전의 정의는 영국 제도를 중심으로 기술
  - 영국의 Merriam Webster사전에서는 “너무 아파서 일을 할 수 없는 사람에게 정부가 지급하는 돈”이라고 정의<sup>7)</sup>
  - Collins Dictionary에서는 “아파서 일을 할 수 없는 사람에게 정부가 정기적으로 지급하는 돈”이라고 정의<sup>8)</sup>
  - 공적 상병수당을 도입하지 않은 미국의 Oxford 사전에서는 “영국에서 운영하는 제도로 상병으로 소득활동을 할 수 없는 자에게 정부에서 매주 지급하는 급여”라고 정의<sup>9)</sup>
- 상병수당이 건강보험의 급여로 제공되는 일본의 사전<sup>10)</sup>에서는 “상병수당금은 건강보험의 피보험자가 업무외적 상병으로 인해 소득활동에 종사하지 못할 때 지급하는 보험급여의 하나로 피보험자 본인과 가족의 생활비로 지급하는 수당”이라고 정의

7) <https://www.merriam-webster.com/dictionary/sickness%20benefit>(2021.10.7.인출).

8) <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/sickness-benefit>(2021.10.7.인출).

9) [https://www.lexico.com/definition/sickness\\_benefit](https://www.lexico.com/definition/sickness_benefit)(2021.10.7.인출).

10) <https://www.weblio.jp/content/傷病手當金>(2021.10.7.인출).

- 사전적 정의를 종합해 보면 “상병수당은 상병으로 인해 업무에 종사할 수 없는 사람에게 정부 혹은 보험제도 등에 의해 생활비로 지원하는 금액”으로 정리해볼 수 있음
- 외국의 관련 자료를 보면 상병수당은 Sickness benefits이라고 표현하는 것이 일반적이며, Kangas(2004)는 Sickness daily allowance, Bäcker(2021)는 Sick pay라고도 사용
- 각국의 상병수당 관련법에서 사용하는 법률상 용어도 대략적으로 유사
  - 독일은 초기 6주간 사용자가 지급하는 금액을 Lohnfortzahlung(sick pay)라고 하며, 이후 건강보험에서 지급하는 상병수당을 Krankengeld(영어로 직역하면 Sickness benefit)로 규정
  - 일본의 건강보험법에서는 傷病手當, 대만의 勞工保險法에서는 傷病給付
  - 미국 뉴욕 주 법은 상병수당을 Disability benefits이라고 호칭
  - 덴마크의 상병수당(sygedagpenge)은 영어로 직역하면 Sick day money
  - 스웨덴의 상병수당(sjukpenning)은 영어로 직역하면 Sickness benefit
  - 한편 영국과 호주는 상병수당의 운영목적용 용어에 반영
    - 영국은 고용지원수당(Employment & support allowance)
    - 호주는 구직수당(Jobseeker payment)이라고 표현

#### 나. 상병수당에 대한 ILO의 정의와 각 협약의 기준

- 상병수당과 관련된 ILO협약은 C024(법정건강보험), C102(사회보장 최저기준), C130(의료비 및 상병수당)이며, C130을 보완하는 권고안 R134(의료비 및 상병수당 권고안)이 있음. 협약 내용을 종합적으로 보았을 때 ILO의 정의는 다음과 같이 정리할 수 있음
- 상병수당은 소득활동을 하는 자가 업무와 관련 없는 상병으로 소득활동에 종사하지 못할 때 감소되는 소득을 보장해주는 제도로,
  - 사용자가 근로복지 차원에서 유급병가(paid sick leave)로 보장하거나,
  - 정부 혹은 공적기구에 의해 사회보험, 조세방식 혹은 공공부조 형태로 보장
- ILO는 회원국 모임을 통해 근로자의 기본권과 관련한 협약(Convention)과 권고안(Recommendation)을 채택하며, 협약을 비준한 회원국은 이행 의무
- 1919년 설립된 이후 현재까지 189개의 협약과 205개의 권고안 채택<sup>11)</sup>

11) 대한민국정책브리핑(<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148862514> <2021.3.22. 인출>)에서 요약

- 상병수당 관련 협약은 덴마크(1955), 독일(1958), 일본(1976), 네덜란드(1962), 스웨덴(1953), 영국(1954) 등 59개 국가가 비준. 우리나라는 비준하지 않았으므로 구속력 없음.
- ※ 유럽연합이 무역 불공정거래와 관련 문제를 삼았고 2022년 4월부터 효력을 발생하기로 한 결사의 자유, 강제노동 금지 등 2개 분야 4개 협약을 핵심협약(C87, C98, C29, C105)이라고 하며, 155개국에 C 87기준 비준

#### □ C024(법정건강보험)

- C024는 1927년 제10차 회의에서 채택되었으며 건강보험(의료비 보장과 상병수당)에 관한 내용으로 상병수당과 출산수당을 현금급여(cash benefit)로 표현. 상병수당의 기준이 최초로 정립된 협약으로 핵심내용은
  - 신체 혹은 정신 건강의 비정상적인 상태로 업무에 종사할 수 없게 되었을 때 최소 26주간 현금급여 수급권을 부여하며, 의도적 불법행위로 인해 초래된 경우는 지급하지 않을 수 있음(제3조).
  - 업무와의 연관성을 언급하지 않아서(제3조 제1항) 산업재해와 일반재해를 포함하며, 지급률 등에 대한 구체적인 언급은 없음.

#### □ C102(사회보장최저기준)

- C102는 Social Security(Minimum Standards) Convention 1952로 부르며, 1952년 제35차 회의에서 채택. 9개 분야의 사회보장 최저기준을 정했으며,
  - 제3부(Sickness Benefit)에서 업무와 관련 없는 상병에 대해 병가와 수당(상병수당) 지급을 명시했으며, 핵심내용은 26주를 한도로 표준노동자 기준 이전 급여의 45% 이상 지급(제18조, 제67조)하며, 최고한도 책정 가능(제65조)
    - ※ 표준노동자: 배우자와 두 자녀를 부양하는 남성 육체노동자
  - 제3부에서 업무 연관성을 명시하지 않았으나, 제6부(Employment Injury Benefit)에서 “산업재해는 고용과정에서 발생하는 재해 또는 명시된 질병을 포함”(제32조)한다고 정의하였으므로 상병수당은 업무와 관련 없는 상병으로 인한 소득상실을 보장하는 것으로 해석

#### □ C130(의료보장 및 상병수당)

- C103은 Medical Care and Sickness Benefits Convention 1969로 1969년 제53차 회의에서 채택되었으며 의료비 보장과 상병수당 지급에 대한 구체적인 기준으로 52주를 한도로 표준노동자 기준 업무불능 발생 이전 평균 임금의 60% 이상 지급(제22조, 제23조, 제26조). 단, 3일간의 대기기간 설정 가능

- 제19조에서 전국적으로 적용되는 법규정(national legislation)에 의해 정해진 것과 같이 소득의 단계를 포함한 상병으로 발생하는 업무불능(제7조b항)에 대해 소득보장을 받는 자는 다음과 같다고 규정
  - (a) 직업훈련생을 포함한 모든 근로자
  - (b) 경제활동에 종사하는 자 중 지정된 계층으로 총 노동활동 인구 중에 75% 이상을 점유하도록 설정
  - (c) 소득상실 기간의 자산이 제24조에서 정하는 기준을 초과하지 않는 모든 거주자
- 한편 제1조(용어의 정의) (a)항에서 “The term legislation includes any social security rules as well as laws and regulation”라고 정의하여 공적 상병수당은 사회보장규정, 법, 혹은 구속력 있는 사회적 협약 등을 포함하는 것으로
  - 정부가 법으로 규정하는 사회보험, 법정유급병가, 공공부조 및 조세방식의 상병수당은 물론 사회적 협약에 의한 임의유급병가도 망라하는 것으로 해석할 수 있음
  - 다만 ISSA의 조사자료(Social security programs throughout the World)에는 덴마크, 아이슬란드에서 근로자들에게 공적 상병수당의 대체역할을 하는 사회적 합의에 의한 임의유급병가는 상병수당으로 소개하지 않음

#### □ R134(의료보장 및 상병수당 권고안)

- R134는 Medical Care and Sickness Benefits Recommendation 1969로 C130과 동일한 제53차 회의에서 C130을 보완하는 추가 협약
  - 상병수당은 상병으로 업무 종사가 어려운 전 기간(제13조)에 걸쳐 과거 소득의 66.7% 이상 지급(제12조)
  - 비정규 근로자 및 경제활동을 하는 모든 계층으로 적용대상 확대

### 다. 상병수당과 병가의 관계

- 초기의 상병수당은 독일에서 시작되었고, 최초의 상병휴가 급여는 고용주가 임금근로자에게 제공하는 유급병가에서 형성된 개념이므로 고용주가 제공하는 유급 또는 무급 병가의 개념을 이해해야 함.
- 상병수당과 관계되는 병가의 개념은 업무상 상병이 아닌 업무 외 상병을 이유로 일할 수 없게 된 근로자에게 실 권리를 부여해 건강 악화와 실직(해고)의 위험으로부터 보호하는 제도로 정의됨(남궁준, 2020).

○ 유급병가(paid sick leave)는 아픈 근로자가 실업과 소득상실을 우려하여 아픈 상태에서無理하게 출근하지 않도록 사용자가 근로자에게 상병휴가, 즉 병가를 제공하고 병가기간 임금을 지급하는 것임.

- 유급병가는 기업복지 차원에서 단체협약에 따라 회사가 제공하거나 노동법 등에서 유급병가(mandatory paid sick leave) 제공을 고용주의 의무를 규정하는데 후자는 법정 유급병가로 특정함.

○ 한편 무급병가는 일정 기간 이내에 직무 복귀 시 고용은 보장하지만 임금은 지급하지 않는 형태를 말함.

- 무급병가도 법적으로 고용주 의무를 규정하는 경우를 법정 무급병가로 특정 하는데, 대표적 사례가 미국의 가정 및 의료 휴가법(FMLA: Family and Medical Leave Act)에서 근로자가 입원을 요하는 상병이 발병하면 1년까지 무급병가를 활용할 수 있도록 규정하고 있음.

□ 상병수당의 개념은 노동시장의 변화에 따라 변화되어 왔음.

○ 역사적으로 노동시장의 구조변화로 인해 다양한 형태의 근로자 출현과 노동시장에서 사용자를 대신하는 국가의 역할이 확대되면서 사업주 또는 고용주가 제공하는 병가와 관계에서 상병수당의 범위와 개념이 변화되어왔음.

○ 국가적 상황에 따라 차이가 있지만, 노동시장은 전통적 임금근로자 뿐 아니라 다양한 고용형태의 비정형·비전형 근로자, 자영업자의 비중이 증가하고 있으며, 이에 대응하여 고용주와 피용자 간 관계를 초월하여 국가단위에서 모든 형태의 근로자를 포괄하는 보편적 건강보장 제도로써 상병수당의 중요성이 확대되어 왔음.

□ 상병 기간 근로소득 보장에 대한 사용자의 책임을 부과하는 것은 사업장 근로자의 건강 증진과 보호를 위한 사업주의 투자와 노력을 전인하기 위한 것이고, 상병수당은 공적주체가 사용자의 책임을 대체, 보완, 보충하는 방식으로 상병 시 소득보장 역할을 함으로써 전체 사회에서 근로자의 건강을 증진하고 보호하고자 하는 목적을 가짐.

○ 병가는 사용자가 보수를 제공하는 근로자에게 상병을 원인으로 별도의 질병 휴가 즉, 병가를 제공하는 것으로 법적 강제성 여부에 따라 법정 또는 임의 병가, 소득 보장 여부에 따라 유급 또는 무급 병가로 구분됨.

○ 상병수당과 병가의 차이점은 제공 책임을 누가 갖는가에 있음.

- 상병수당은 공적 주체가 제공책임을 가지며 사용자의 병가제도가 포괄하지 못하는 비정형·비전형 근로자, 자영 근로자 증가에 따라 그 중요성이 점차 확대되고 있음.

- 상병기간 소득을 보장하는 공통점을 갖도록 비교하면, 공적 상병수당은 사용자가 제공하는 유급병가와 비교될 수 있음.

[그림 1-2-6] 유급병가와 상병수당의 비교

구분	개념	제공 책임	적용 대상	보장 범위
유급병가	사용자가 아픈 근로자에게 상병휴가 제공 및 해당기간 임금 지급	사용자	고용된 근로자 -자격 제한	고용보장 소득보장
상병수당	공적 주체가 아픈 개인의 취업 중단 기간 상실 소득 보상	공적 주체	전체 근로자 - 보편 적용	소득보장

□ 고용주와 피용자의 관계에서 소득보장과 고용소득 보장의 주체와 고용 보장의 근거에 따른 상병수당과 병가제도의 분류는 아래 그림과 같음.

[표 1-2-2] 소득과 고용보장의 주체에 따른 상병수당과 병가의 구분

고용보장		고용보장 있음		고용보장 없음
소득보장	공적 주체	법으로 강제(법정)	단체협약/사용자재량(임의)	퇴직
		상병수당	상병수당	-
고용주	지급	법정유급병가	임의유급병가	
	미지급	법정무급병가(휴직)	무급병가(휴직)	

자료: 위 각 제도의 내용을 표로 작성

○ 임의유급병가(voluntary paid sick leave): 단체협약 혹은 유능한 근로자를 채용하기 위해 인센티브 차원에서 회사가 자발적으로 제공하며, 사용자가 급여와 고용을 동시에 보장

○ 법정유급병가(mandatory paid sick leave): 법에 따라 급여와 고용 보장. 기간이 길 경우 상병수당의 역할 수행 가능. 사회적 협약에 따라 시행되는 북유럽국가의 임의유급병가는 구속력이 있으므로 법정유급병가(quasi mandatory)로 간주 가능

- 근속연수에 비례하는 짧은 기간의 법정유급병가는 근로자 본인의 경증 상병에 대한 병가와 우리나라 국가공무원 복무규정 제19조에서 정하고 있는 공가를 합한 안전휴가(safety leave)의 성격. 허용 사유는 국가별로 상이

○ 상병수당(sickness benefit): 사회안전망 관련법에서 요양 기간 중 급여의 일정비율 또는 일정 금액을 보장하는 제도. 관련법에서 고용유지를 규정하지 않는 경우도 있지만 공적 기구가 급여를 지급하므로 사용자가 해고할 필요성은 적음

- 무급병가(non paid sick leave) 혹은 휴직: 기업복지 차원에서 일정 기간 이내에 직무 복귀하면 고용을 보장하며, 급여는 지급하지 않는 형태
  - 법정무급병가(mandatory non paid sick leave) 혹은 휴직: 관련법에서 요양기간 중 일정 기간 이내에 복귀하면 고용은 보장하되 급여는 지급하지 않는 형태
  - 퇴직: 관련법 또는 단체협약에서 고용유지나 임금보장을 전혀 하지 않는 경우로 본인의 자의 또는 회사의 유도로 고용계약을 종료하는 형태
- 전 세계적으로 근로자의 개인 상병 발생기간 소득 보장에 있어서 고용주의 유급병가와 공적 상병수당의 관계를 유형화하면, 공적 상병수당이 단독으로 책임지는 경우(일본 등)가 있고, 고용주와 공적 상병수당이 분담하는 경우(주요 유럽국가)가 있고, 고용주가 전적으로 부담하는 국가(스위스 등)가 있음.
- 국가별로 상병수당제도는 업무 외 상병에 대해 적용되는 공통점을 갖고 있으나 기존의 임금근로자에 대한 법적 보호의 수준에 따라 그 관계에서 차별적인 방식으로 구조화되어 있음.
    - 국가별로 임금근로자에 대한 사용자 책임을 보충하거나 보완하는 잔여적 접근 또는 모든 취업자를 포괄하는 별도 공적제도를 설계하는 보편적 접근으로 차이를 보임.
  - 우리나라는 공무원만 복무규정을 통해 업무상 관련이 없어도 2개월의 유급병가, 2년까지 유급휴직을 보장받고 있고 기타 근로자는 약정 병가와 사용자 재량에 맡겨져 있음.
    - 일반 임금 근로자는 단체협약 또는 취업규칙에 의한 약정 병가를 이용할 수 있지만 근로자가 속해 있는 사업장의 여건, 근로자 개인의 종사상 지위 등에 따라 보장 수준에 차이가 큼.
    - 자영업자로 분류되지만 사실상 고용관계를 통해 통제를 받는 특고, 플랫폼 형태의 위장된(가짜) 자영업자들, 임금근로자라 하더라도 근로기준법의 보호를 받지 못하는 소규모 사업장 근로자들도 필요에 따라 병가를 선택하기 어려움.
  - 공적 상병수당의 설계는 향후 고용주의 유급병가 제공 행태에도 영향을 미칠 것이므로 상병수당과 유급병가의 관계 변화를 설정하고 설계할 필요가 있음.
- 특히, 상병수당제도는 산재보험을 통해 보호받는 업무상 관련성에 관계없이 건강 문제로 인한 경제적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 목적에서 확대되고 있음.
- 한편, ILO와 OECD가 사용하는 상병수당(Paid sick leave)은 위 표에서 상병수당, 법정유급병가 및 임의유급병가를 포함하는 광의의 개념으로 사용됨.

- 상병수당에 대한 지출비용 구축 Data시스템<sup>12)</sup>에서 업무와 관련 없는 상병에 대한 소득보장급여(Incapacity related cash benefits)를 Public, Mandatory Private, Voluntary Private으로 구분하고 있음.
  - 이는 근로자를 대상으로 소득과 고용유지가 동시에 보장된다면 공적 상병수당의 역할을 하는 것으로 간주한 광의의 개념으로 해석됨.
- 광의의 개념에서 보면, 공적 상병수당은 정부 혹은 정부기구에 의해 제공되는 방식 뿐 아니라 법으로 사용자의 지급을 강제하는 제도까지 포함할 수 있음.
  - 덴마크, 아이슬란드는 사회적 협약에 의해 유급병가가 일반 근로자를 위한 공적 상병수당의 역할을 대체하고, 이의 적용을 받지 못하는 근로자에 대해서는 조세를 재원으로 하는 보편적 상병수당 제공
  - 호주, 뉴질랜드는 기업의 임의 유급병가가 상병수당의 역할을 대체, 이의 적용을 받지 못하거나, 자영업자 등은 자산조사를 거쳐 공공부조로 제공
  - ISSA의 자료에서는 이스라엘, 스위스, 영국의 법정유급병가를 상병수당으로 소개

## 라. 상병수당과 법정 유급병가의 관계

- 법정유급병가는 상병수당의 역할을 대체하거나 분담하며, 안전휴가의 기능도 수행
- 이스라엘(90일 이상), 스위스(72일)는 법정유급병가 기간이 장기이며, 지급금액도 통상임금의 75% 이상이므로 상병수당의 역할 완전 대체
  - 오스트리아(16주), 독일(6주), 노르웨이(16일), 스웨덴(14일) 등에서 시행하는 법정유급병가는 업무불능의 초기에 공적 상병수당이 지급될 때까지 사용자가 지급하므로 공적 상병수당과 역할 분담. 아울러 짧은 기간의 병가는 사용자가 정하는 방식으로 신고만 하면 되기 때문에 안전휴가의 기능도 수행
- 상병수당이 없는데 법정 유급병가 기간이 짧다면 안전휴가의 기능만 수행
- 미국의 애리조나, 캘리포니아, 뉴욕 주 등 15개 주에서 도입한 법정유급병가는 근속기간에 따라 연간 3~8일간의 병가를 부여하기 때문에 상병수당의 역할을 수행하기에 한계. 감염병 확산 및 산업재해 예방 등을 위한 안전휴가
  - 호주, 뉴질랜드도 임의유급병가가 주된 소득보장제도로 근속기간에 따라 10일까지 부여되는 법정유급병가는 안전휴가의 기능만 수행

12) [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCCX\\_AGG#\(2021.10.7.인출\)](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCCX_AGG#(2021.10.7.인출))

□ 상병수당 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 사회보험방식으로 단일 보험자가 운영하는 방식(스웨덴)과 다수의 보험조합에 의해 운영되는 방식으로 구분. 사회보험 방식의 상병수당과 법정유급병가의 특징을 비교하면 다음과 같음.

〈표 1-2-3〉 사회보험방식 상병수당과 법정 유급병가의 특징 비교

구 분		특 징	한 계
사회보험	단일 보험자	- 소득활동자 포괄 가능	- 도덕적 해이 통제 어려움 - 보험료 인상에 대한 거부감 - 소득과약의 어려움
	다수 보험자	- 각 지역조합 혹은 보험기금이 운영 - 경쟁을 촉진하여 효율성 제고	- 지역 조합을 설립하지 않은 자영업자, 혹은 보험 가입거부자 등은 보장불가
법정 유급병가		- 소득보장에 대한 재정부담 분담 - 수급자 관리 용이	- 자영업자, 일당 근로자 등은 적용불가 - 사용자가 임금을 지급하지 않는 경우 발생

#### 마. 상병수당과 임의 유급병가의 관계

□ 호주, 뉴질랜드 및 미국 45개주(애리조나, 캘리포니아 등 5개주는 상병수당 도입)에서 시행하는 임의 유급병가는 법으로 강제하고 있지는 않지만 근로자의 상병 시 주된 소득보장제도의 역할을 수행하고 있음. 다만, 법정 강제성이 없으므로 근로자 유형별 제도 접근에 격차가 발생할 수 있음.

□ 캐나다, 덴마크, 아이슬란드도 임의 유급병가가 주된 소득보장역할을 하며, 이의 적용을 받지 못하는 계층만 상병수당 적용 대상임.

○ 캐나다는 임의 유급병가 기간이 종료하고도 업무에 종사하지 못했을 때 근로자 보험(Employee Insurance)에서 상병수당 지급

○ 덴마크, 아이슬란드는 임의 유급병가의 적용을 받지 못하는 근로자에 대해 조세를 재원으로 상병수당 지급

□ 반대로 프랑스와 같이 사업주의 임의 유급병가가 공적 상병수당을 보충(Top-up)하는 역할을 하기도 함.

#### 바. 상병수당의 개념

□ ILO 협약, 규정, 개념, 접근 방식을 통해 광범위한 사회건강보호(social health protection)의 개념을 정의함(WHO, 2010).

○ 상병 발생 시 의료 및 재정적 보호에 대한 보편적 접근 보장에 중점을 두어 유급 병가를 포함하는 광범위한 사회 건강 보호의 개념을 정의함.

○ 재정적 보호에는 건강 악화로 인한 근로소득의 중단 또는 감소 및 생산성 감소로 인한 경제적 손실에 대한 보상을 포함함.

□ 노동시장 유연화와 사회적 양극화에 대응하여 국제기구들은 사회보장제도의 보편성을 강조해 왔고 이러한 추세를 반영하여 국내 논의에서도 상병수당은 건강형평성 달성 측면에서 보편적 사회보장제로서 도입이 주장되어 왔음.

○ 상병수당은 '상병으로 인한 소득 상실 부분을 공적 사회보장제도가 보장해 주는 제도'로 정의된 바 있음(정혜주 외, 2018).

○ European Commission (2020)은 상병급여(sickness benefit)를 장애 외에 신체적 또는 정신적 질환에 대하여 현금으로 이루어지는 소득 유지와 지원을 의미한다고 정의하였음.

- 아울러, 유럽 국가들은 적극적 노동시장정책과 연계하여 상병급여는 질병 또는 부상 때문에 일을 할 수 없고 일정 시간 이후 근로 복귀가 기대되는 근로자에 대해 소득을 지원하는 급여임을 강조하고 있음.

○ 이 연구에서 논의되는 상병수당의 개념은 업무 외 상병에 대하여 고용주가 아픈 근로자에게 제공하는 유급 또는 무급 병가와와의 관계에 국한하지 않고 모든 형태의 근로자를 포괄하여 보호하는 법정 사회보호제도로서 상병으로 인해 근로활동이 중단된 기간의 소득 보장에 중점을 두고 있음.

○ 상병수당이란 근로자가 업무와 관계없는 질병, 부상으로 인하여 경제활동이 불가능한 경우, 치료에 집중할 수 있도록 소득 손실을 보전하는 사회보장제도도 정의될 수 있음(보건복지부, 2021).

- 이 연구에서는 그동안 통용된 용어로서 상병수당이라 칭하지만 향후, 제도화를 위해서는 산재보험에서 명명하는 방식을 준용하여 '건강보험 상병휴가급'이라고 명명하는 것을 검토할 필요가 있음.

○ 지속가능한 국가 성장을 견인하는 역할로서 상병수당의 도입은 임금 근로자 뿐 아니라 경제활동을 하는 자영업자들도 포괄하는 보편적 틀에서 검토하는 것이 바람직함.

□ 그간의 사회변화를 토대로 상병수당의 개념을 정리하면 다음과 같음.

○ 상병수당은 업무상 관련 없이 생활 중에 질병과 부상을 경험하는 전체 취업자에 대해 상병 원인의 근로무능력으로 인한 소득 상실을 한시적으로 보상하는 사회보장제도라고 정의할 수 있음.

- 국가단위 상병수당을 설계하는 취지는 전체 취업자가 개인이 처한 취업조건에 관계없이 적시에 효과적 치료를 받고 빠르게 업무에 복귀 가능하도록 경제적 지원을 하는 것에 있음.

〈표 1-2-4〉 상병수당의 개념

관련 상병	적용 대상	보장 위험	상병 범위	보장 기간	보장 주체	보장 내용	기대 효과
생활상 개인 상병 (업무상 상병 제외)	임금근로자 ~ 경제활동인구	상병 원인의 취업중단 & 소득상실	일부질환 ~ 전체	단기 ~ 장애판정 이전까지	공적 주체	상실 취업소득	조기치료 조기회복 빈곤예방 감염예방

## 사. 상병수당의 기대효과

- 유급병가와 관계에서 보편적 상병수당 도입의 효과는 근로자 개인의 건강보호 효과를 확대하는 것에 있음.
  - 고용주가 제공하는 유급병가는 고용의 안정성과 소득 보장을 동시에 보장하지만 상병수당은 반드시 전자를 포함하지 않을 수 있음.
  - 따라서 상병수당의 기대효과는 근로자가 증상을 느낄 때, 집에서 쉬며 적시에 의료적 권고를 따를 기회를 확대하는 것에 있음.
    - 더 빠르게 회복할 기회
    - 일상 기능에 미치는 영향을 감소시킬 기회
    - 질병 악화로 합병증 등의 발생을 예방할 기회
    - 사업장과 지역사회로 질병의 전파 가능성을 감소시킬 기회
  - 근로자가 아파도 출근하여 발생하는 비용(presenteeism)의 절감을 최적화하는 제도 설계가 필요함.
- 상병수당의 도입 효과는 사업장 안전과 건강보호, 건강충격의 빈곤화 예방, 인구집단 건강 수준 향상으로 구분할 수 있음.
- (기대효과 1) 사업장 안전과 건강보호: 감염 예방 및 업무상 상해 예방
  - 감염 근로자의 무리한 출근은 집단감염의 위험을 높이고 특히, 고위험 근로자의 질병 상태 출근은 신체적 기능과 집중력을 감소시켜 작업장 안전을 위협하고 비치명적 상해 위험 증대
    - 유급병가 제공이 비치명적 업무상 상해 발생을 감소시킴(Asfaw et al, 2012).
    - 임의적 유급병가를 제외하고 국가 수준의 상병수당이 없는 미국, 한국의 산재사망률이 다른 나라에 비해 뚜렷하게 높음

- 2015년 기준 10만명당 산재사망률이 영국 0.8명, 독일 1명, 일본 2명, 미국 4.8명, 한국 5.2명으로 한국은 상당히 높은 수준임.<sup>13)</sup>
- 미국의 연구<sup>14)</sup>에 따르면 상병이 발생했을 때 유급병가제도를 활용한 근로자의 사망률이 활용하지 못한 근로자보다 10% 정도 낮은 것으로 나타났으며, 특히 심장질환은 24%, 상해는 35% 낮은 것으로 나타남.

## □ (기대효과 2) 건강충격의 빈곤화 예방: 조기 치료를 통한 악화 방지와 고비용 치료 예방

- 초기에 치료 서비스 접근성을 높여 치료 지연을 방지함으로써 증상 악화를 막고 질병 기간을 단축하여 고비용 치료 예방
  - 유급병가가 없는 근로자는 의료서비스 비용을 감당하지 못하거나 높은 의료비가 필요하거나 빈곤선 미만의 가구소득을 가질 가능성이 높음(Stoddard-Dare, DeRigne, Mallett, & Quinn, 2018).
- 초기에 치료를 통해 근로능력상실을 최소화함으로써 조기 복귀의 기회도 높일 수 있음.

## □ (기대효과 3) 인구집단 건강 증진: 공중보건 증진과 노동생산성 제고

- 사업장 및 지역사회 감염 예방
  - 2009년 H1N1이 유행할 때 미국은 법정유급병가를 적용받지 못하는 근로자의 무리한 출근으로 다른 근로자와 그 가족까지 확산하는 등 약 7백만명 감염. 이후 오바마 행정부에서 법정유급병가 도입을 추진하였지만 연방 차원의 입법은 진행 중이며, 현재 15개주, 30여개 대도시가 자체 도입<sup>15)</sup>
  - 우리나라도 언론에 보도되었던 어린이집 원생들의 폐결핵 집단감염은 유급병가가 없는 지도교사의 무리한 출근으로 인해 감염된 대표적인 사례
    - 경향신문(2019.6.14.): 은평 구립어린이집에서 유아 3명 결핵균 감염의혹 ... 구청은 '쉬쉬'
    - SBS(2011.12.8.): 서울 어린이집서 '집단 결핵' ... 감염경로 파악.
- 건강검진, 예방적 의료에 대한 보편적 접근 보장으로 공중보건 증진 효과
- 질병 상태 근로 감소를 통한 노동생산성 제고

13) [https://www.ilo.org/ilostat\(2020.7.20.인출\)](https://www.ilo.org/ilostat(2020.7.20.인출)) "SDG Indicator 8.8.1 - Fatal occupational injuries per 100'000 workers (%)"에서 2015년 혹은 2016년 전체 통계 사용.

14) Daniel Kim, 2017, Paid Sick Leave and Risks of All-cause and Cause-Specific Mortality among Adult Workers in the USA, Int.J.Environ.Res.Public Health.

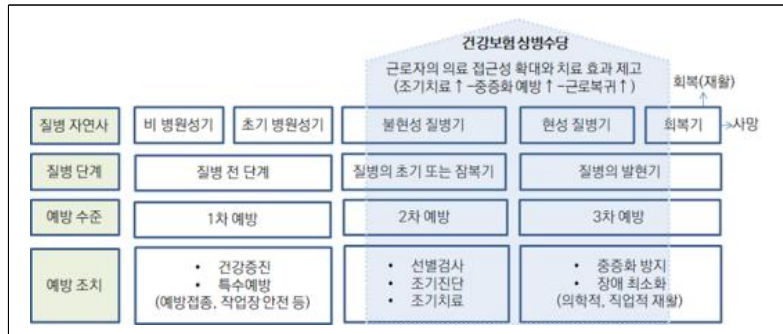
15) [https://www.patriotsoftware.com/blog/payroll/state-mandated-paid-sick-leave-laws/\(2020. 7.20.인출\)](https://www.patriotsoftware.com/blog/payroll/state-mandated-paid-sick-leave-laws/(2020. 7.20.인출))



#### □ (기대효과 4) 전체 근로자에 대한 보편적 건강보장 달성과 건강 형평성 제고

- 추가로 우리나라 노동시장이 가지고 있는 근로자의 자격 격차 문제를 해결하는 관점에서 보편적 상병수당의 도입은 앞서 제시된 기대효과 모든 부분에서 근로자의 격차를 해소하는데도 기여할 것임.

[그림 1-2-7] 질병의 자연사에서 건강보험 상병수당의 역할



자료: 강희정(2021:13). Figure 4를 수정하여 작성함.

## 제2절 상병수당 제도의 형성과 변화

### 1. 제도의 형성과 변화 과정

□ 상병수당의 기원은 독일에서 1883년에 제정된 근로자 의료보험법에서 법정 최저급부로 설계된 **일당 상병수당(daily sickness allowance)**(정진우, 2009).

- 19세기 말 독일의 비스마르크 총리가 **사회보험 원칙에 입각한 포괄적 소득보장제도의 급여 중 하나로 도입한 상병수당**이 현재 논의되고 있는 **상병수당의 기원**이라고 할 수 있음(1883년 법정건강보험, 1884년 법정재해보험, 1889년 법정연금보험 도입).

- 제도 도입 당시 유급병가가 확산되고 있는 상황이었고 이후 1969년 임금계속 지불법 제정으로 상병 초기 최대 6주까지 임금근로자는 임금계속수급권을 보장받음.
- 근로자는 급여사유 발생 최초 6주 동안은 사용자가 피용자에게 임금형태로 지급하며 7주째부터는 질병금고에서 지급했음.

- **독일의 제도는 노동법상 규정된 지속적 임금수급권에 근거**하는데 이는 고용계약이 중단 없이 4주 이상 유지되었을 때만 부여, 만약 신규 직원이 4주가 경과하기 전에 상병이 발생했다면 4주가 지나서 상병수당 지급이 이루어지므로 이 기간은 대기기간으로 작용할 수 있음. 그러나 이 또한 단체협약을 통해 단축할 수 있음.

- 따라서 제도의 기원은 고용관계에 있는 임금근로자를 대상으로 이들이 아플 때 **고용주가 제공하는 유급병가를 전제로 이후 제공되는 소득 보장 급여로 설계**되었음.

□ 독일이 최초로 사회보험을 도입한 이후, 미국의 루즈벨트 대통령은 1935년 8월 14일에 사회보험(social insurance)에 경제적 보장(economic security)을 결합한 새로운 용어를 포함하는 사회보장법안(Social Security Act)에 서명하였음.

- 제1차 세계 대전 이후, 사회보험제도가 여러 지역으로 빠르게 확산되었으며 사회 보호(social protection)가 새롭게 설립된 국제노동기구(ILO), 상호호혜조직 및 상병보험기금들의 국제연합회의(1927년 ISSA(International Social Security Association)로 발족)의 의제가 되었음.

- 제2차 세계 대전 중인 1941년 대서양 헌장(the Atlantic Charter)에서 미국의 루즈벨트 대통령과 영국의 처칠 수상은 모두를 위한 근로기준 개선, 경제 발전, 사회보장을 합의했으며. 다음해인 1942년 영국은 비버리지 보고서를 발표했음.

- 1944년 ILO의 필라델피아 선언은 사회보장 조치의 확장과 이를 위하여 국제적, 지역적 기반에서 사회보장 기관 간 체계적이고 직접적인 협력과 사회보장 운영에 대한 정기적인 정보 교류와 연구를 촉구했음.

- 1945년 UN 총회는 세계인권선언을 채택함. 선언의 22조는 모든 개인은 사회 구성원으로써 사회보장에 대한 권리를 갖는다고 규정했고, 1952년 ILO는 사회보장 최저기준을 협약(No.102)을 채택했으며, 2001년에는 ‘사회보장 및 모두를 위한 보장’에 관한 국제 캠페인을 시작했음.
- 국제사회에서 사회보장 이슈가 중요한 의제로 부상하면서, ILO는 ‘2012년 사회보장 최저 선에 관한 권고(The ILO Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No.202)’를 통해 포괄적인 사회보장제도를 구축하여 필요한 모든 사람이 접근 가능하도록 국가의 사회보호 최저 선을 수립하고 유지할 것을 권고하였고, 모든 사람에게 필수적인 건강 보호와 기본적인 소득을 보장할 수 있는 수단으로서 상병수당의 필요성을 제시하였음(ILO, 2017; 강희정 외, 2019에서 재인용).
- 상병으로 인해 업무에 종사하지 못할 때 상실되는 소득을 보장하는 제도는 1800년대 유럽 대부분 국가에서 대기업이나 길드를 중심으로 유급병가로 도입
- 정부의 입법으로 공적 상병수당이 최초로 도입된 것은 독일에서 1883년 비스마르크 총리 재임시 도입한 법정건강보험(Busse & Riesberg, 2004)
  - 이 당시 독일은 임의유급병가가 확산하고 있는 상태였는데 법정건강보험은 특정한 산업의 일정 소득 이내 근로자에게 가입을 강제하는 형태로 도입
  - 법정건강보험은 기금별로 시행하였기 때문에 필수제공급여 목록(minimum benefit catalogue)을 정했으며, 매년 확대. 상병수당, 출산수당 및 장제비는 현금수당(monetary benefits or cash benefits)으로 도입
  - 상병수당은 상병으로 인해 출근을 하지 못했을 때 통상 임금의 50%를 13주까지 지급. 약제비, 진료 등 현물급여는 그 당시 의료전달체계가 취약하여 제한될 수밖에 없었음. 따라서 현금급여와 현물급여의 비중이 1985년에는 1.7:1, 1925년에는 1:1로 상병수당이 총 지출의 50% 이상을 차지. 1969년 법정유급병가가 초기 6주간의 상병수당의 역할을 하게 됨에 따라 1987년에는 현금급여의 비중이 1:8로 대폭 축소됨
  - 1885년 기준 18,776개의 건강보험조합이 운영 중이었으며, 평균 피보험자수는 229명에 불과하고 전 인구 법정 건강보험 적용율은 1885년 10%, 1925년 51%, 1987년 88%로 점진적으로 확대되었음
  - 사용자가 기금에 대한 각출료를 전액 부담(사회보험방식)하였으며, 근로자의 위험에 따라 차등 부과
  - 1969년 지속적 임금지급법(Lohnfortzahlungsgesetz)이 제정되어 업무불능의 초기 6주간은 임금의 100%를 사용자가 지급하도록 하였음

- 1970년 이후에는 소폭의 개정만이 이루어졌고 상병 소득보장제도에 대한 근본적인 변화는 없었음. 현재의 법정유급병가는 1994년 제정된 공휴일과 상병발생시의 지속적 임금지급법(Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall)에 기초하고 있음
- 1988년부터 피부양 자녀의 간병을 위한 휴직에도 상병수당 지급
- 영국은 1897년 법정유급병가(mandatory sick pay)로 도입. 즉 사용자에게 배상책임(사용자가 지급하는 유급병가)을 부담하도록 했지만 보험 가입은 의무화하지 않았으며, 보상액은 기본급여(basic pay)의 50%를 6개월까지 지급하는 것으로 사후에 일시 지급<sup>16)</sup>
  - 이후 1911년 국민보험(National Insurance)제도를 도입하여 전 국민에게 노령연금, 장애연금, 상병수당, 실업급여 등을 보장하였으며, 기본 최저보장제도(basic security)에 불과
  - 또한 국민보험에서 제외되는 계층을 위해 자산소득조사를 거쳐 공공부조로 지급하는 상병수당도 도입
  - 이를 보완하고자 영국은 자발적 임의유급병가가 주요한 역할을 하고 있음. 즉 임의유급병가가 주된 역할을 하고 있으며, 자영업자 등 유급병가의 적용을 받지 못하는 계층은 국민보험의 상병수당 혹은 공공부조로 보완
- 이후 유럽 대륙의 국가들과 일본은 독일 모델을 따르고, 영연방국가들과 미국은 영국식 사용자 책임 모델을 따름
  - 벨기에, 네덜란드, 프랑스 및 영국은 각각의 식민지에 법정유급병가 형태의 상병수당제도를 세계 제2차대전말까지 도입
  - 일부 국가들은 추후에 보험방식으로 전환
- 최근에는 사회보험방식으로 운영하지만 사용자 배상책임의 기본정신을 유지하여 보험료는 사용자가 전액 부담(체코, 이탈리아, 스웨덴, 터키)하는 나라도 있으며,
  - 법정유급병가, 임의유급병가 및 사회보험방식의 공적 상병수당을 혼합하여 운영(독일, 프랑스 등 대부분)하거나,
  - 법정유급병가, 임의유급병가 및 공공부조를 혼합하여 운영(영국, 호주, 뉴질랜드)하여 명확하게 유형화하기 어려움<sup>17)</sup>

16) 브리태니카 사전 소개 내용(<https://www.britannica.com/topic/social-security-government-program/Disability-and-sickness-benefits> 2021.3.13. 인용) 요약

17) 분류기준을 단순화했을 때 가능하지만 현재는 상병수당이 노동시장복귀와 연계되고 장애연금과의 구분이 없는 나라도 있기 때문에 전통적인 분류기준으로 유형화하기 어렵다는 의견임.

## 2. 상병수당 제도의 유형<sup>18)</sup>

□ Korpi & Palme(1998:2003)의 복지국가 분류

○ 자격 기준, 급여 원칙, 거버넌스 유형에 따른 분류

- ① 자격 기준 : 누가 급여를 받을 수 있나?
- ② 급여 원칙 : 얼마를 지급하는가?
- ③ 거버넌스 유형: 누가 운영하는가?

○ 위의 세 개 기준에 따라 5개의 복지국가 모형 분류

- 선별형 모형: 자산 조사, 최소급여, 정부(공적 주체) 운영
- 자발적 모형: 기금 회원, 소득 비례지만 낮은 수준의 급여, 회원 자치 운영
- 조합주의 모형: 특정 직종과 보험료 납부, 소득 비례 급여, 고용주-근로자 공동 운영(정부 참여도 가능)
- 기초보장 모형: 원칙적으로 시민권(거주)에 기반해서 모두를 포괄하거나 모두의 기본적 생계를 보장하는 접근으로 급여 수준은 상대적으로 낮고 동일 급여를 제공하며 정부(공적 주체)가 운영
- 포괄 모형: 기초보장과 조합주의 모형 원칙을 결합, 경제활동인구 대부분에 대해 동일수준의 소득 비례 급여 제공, 정부(공적 주체)가 운영

〈표 1-2-5〉 Korpi & Palme의 복지국가 모형 구분

모형	자격 기준	급여 원칙	운영 방식
선별형(targeted)	욕구 / 자산 조사	최소 급여	공적 주체
자발적, 정부지원형(voluntary)	회원	낮은 소득 비례 급여	회원 자치
조합형(Corporatist)	직종	소득 비례 급여	고용주-근로자 공동
기초보장형(Basic security)	시민권	낮은 동일 급여	공적 주체
포괄형(Encompassing)	시민권 + 경제활동참여	동일수준 소득 비례 급여	공적 주체

자료: Korpi & Palme(1998:2003)

□ 복지국가를 사회보험, 가입 자격, 급여 수준, 운영방식의 3가지 유형으로 분류한 Korpi & Palme(1998)의 사회보험 유형 분류에 재원 조성, 의사 결정 영역을 추가한 Kangas(2004)의 분류는 다음과 같음.

□ Kangas(2004)는 OECD 18개 국가를 대상으로 5개의 제도 유형에 따라 지난 100년간의 상병수당 제도 변화 경로를 제시하였음. 그는 제도 유형을 구분하는 가장 중요한 조건으로 사회보호의 보장 대상 범위와 소득대체율의 수준을 고려하였음.

〈표 1-2-6〉 Korpi & Palme의 복지국가 모형별 조건

모형	자격 기준	급여 원칙	운영 방식	재원조달 형태	의사결정영역
선별형(targeted)	욕구 / 자산 조사	역진적 소득 보조	공공	조세	정치
자발적, 정부지원형(voluntary)	회원	정액 또는 낮은 수준의 (소득 비례) 정률*	회원/공공	회비, 조세	기금, 정치
조합형(Corporatist)	직종	정률	양자 또는 삼자 관계	보험료	노동시장/정치
기초보장형(Basic security)	시민권	정액	공공	조세	정치
포괄형(Encompassing)	시민권 + 경제활동참여	정액 + 정률	공공	조세와 보험료	정치

자료: Kangas(2004)

〈참고: Korpi and Palme의 공적 상병수당 유형분류〉

- ① **선별형(targeted programmes):**  
공공 기관이 관리하며, 자산소득조사를 수행하고 취약계층(the needy)에게 최저 수준의 급여를 제공
- ② **자발적, 정부지원형(voluntary, state-subsidized programmes):**  
소득비례 급여를 제공하지만 피보험자에게 상대적으로 낮은 급여 제공. 보험조합에서 자발적으로 운영하되 정부에서 일정 부분 재정 지원
- ③ **조합형(corporatist programmes):**  
법에 의해 피보험자의 조합원 자격과 수급 요건이 정해지며, 급여는 소득에 비례하는데 조합별로 지급률이 다를 수 있음. 노사단체 혹은 노사정이 관리의 주체가 됨.
- ④ **기초보장형(basic security system):**  
해당 국가의 거주자이면 누구나 보장받고 원칙적으로 최저 생계(basic livelihood) 보장
- ⑤ **포괄형(encompassing):**  
기초보장형과 조합형의 요소를 혼합한 것으로 소득 활동을 하는 모두를 보편 적용하고, 최저 생계 보장과 소득비례 급여를 혼합, 공공기관이 관리 책임자

## 3. 상병수당 제도의 유형 변화<sup>19)</sup>

□ 대부분의 국가가 공적 상병수당이 도입되기 이전인 1800년대에 직종 혹은 길드(산업별 노조) 단위로 임의유급병가(voluntary funds) 도입하기 시작(Kangas, 2004)

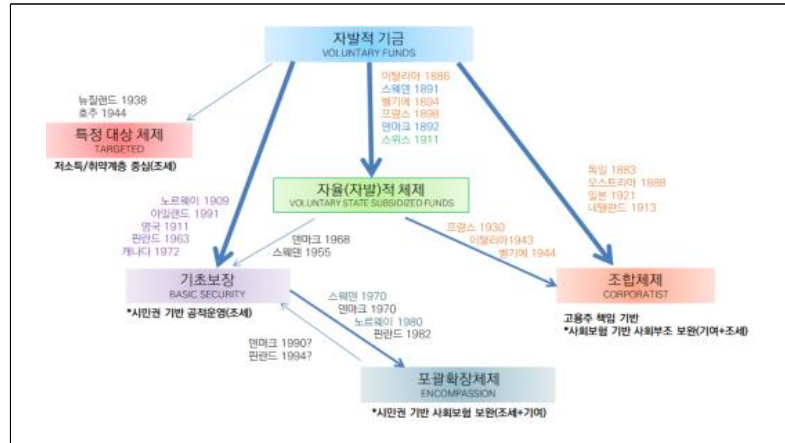
○ 가장 먼저 정부의 법률로 상병수당을 도입한 독일(1883년) 이후, 오스트리아(1888년), 일본(1921년), 네덜란드(1913년) 등이 조합별로 도입했음.

○ 조합주의 체제에서는 조합을 설립하지 않은 근로자나 자영업자 등은 배제될 수밖에 없음.

18) Korpi & Palme(1998:2003), Kangas(2004)의 내용을 조합하여 정리하였음.

19) Korpi & Palme(1998:2003), Kangas(2004)의 내용을 조합하여 정리하였음.

[그림 1-2-8] 외국의 상병수당 변천 과정



자료: Kangas(2004); 강희정 외(2019)에서 재인용

- 모든 프로그램의 시작은 자발적으로 가입한 회원들을 지원하는 목적의 제도들에 해당하며 독일, 오스트리아, 일본, 네덜란드에서 처음으로 법적 규정을 통해 강제 적용을 하는 사회보험 방식의 제도가 운영됨.
- 이 제도들은 소득비례방식의 급여, 직업에 따른 구분, 피용자와 고용주 간 공동의 비용 분담 방식이며 거버넌스는 양자 또는 정부가 추가되는 삼자 관계의 구조를 이루고 있음.
- 이탈리아를 시작으로 스웨덴, 덴마크, 벨기에, 프랑스, 스위스가 자발적 조직에 국가적 지원을 하기 시작했음.
- 2차 세계대전 말까지 스위스를 제외하고 유럽 국가들은 그들의 시스템을 조합주의 모형으로 전환했고 상당 기간 이후, 스웨덴과 덴마크는 보편적 보장과 낮은 수준의 급여를 결합한 기초보장 모형에 가깝게 변화시켰음.
- 노르웨이, 아일랜드, 영국 외에 후발 국가로서 핀란드, 캐나다가 자발적 기금 기반(국가지원이 없는) 제도에서 직접 기초보장제도로 전환했음.
- 이후 일부 노르딕 국가들은 적절한 소득비례급여를 도입하면서 포괄 모형으로 변화하였음.
- 한편, 덴마크와 핀란드의 경우, 기초보장 모형으로 회귀하는 약한 선이 그려져 있음.
  - 덴마크 시스템에서 급여 수준의 상한선이 너무 낮아서 중위 소득층의 근로자들은 이전 소득 수준보다 낮은 급여를 받게 됨으로써 기초보장 모형으로 회귀하는 것으로 구분됨 (반면, 저소득층 근로자들에 대해서는 매우 관대한 시스템임).

□ 1990년대 초 경기침체에 대응하여 핀란드 정부는 평균 소득 대체율을 거의 10% 포인트 삭감했으며 이러한 변화를 근거로 핀란드는 기초보장 모형으로 회귀한 것으로 분류되었음.

○ 반면, 이에 반대하는 주장들은 다음의 두 가지 근거를 제시하고 있음.

○ 첫째, 1990년대 중반, 핀란드 상병보험은 최소 보장을 하던 OECD 국가들에서 가장 관대한 모형으로 평가되고 있었는데 그 이유는 학생, 가정주부, 무급가족종사자도 정액 수당으로 일일 20유로를 받을 수 있도록 보편적 보장이 되고 있었기 때문임. 그러나 1996년 사회민주당 주도 정부는 기본 수당을 폐지했음.

○ 둘째, 법정 제도로서 상병급여의 감소는 자동적으로 노동 계약에 따라 1개월에서 3개월까지 근로소득 상실의 전부를 보상하는 계약적 유급병가로 대체되므로 직업적 요소가 기본적인 요소를 대체하고 있다고 할 수 있음. 스웨덴도 같은 사례로 1990년대 초에 법정 급여는 소득의 90%에서 80%로 감소되었고 고용주 유급병가가 제공되는 2주가 상병급여의 대기기간으로 설정됨.

□ 일부 국가들은 자신들의 독창적 패턴을 보여주고 있는데, 호주와 뉴질랜드의 직종별 급여는 상당 부분 상병수당의 역할을 하고 있기 때문에 공적 급여의 역할이 매우 작음.

○ 사실, 선별형이라는 규정은 잘못된 것일 수 있으며 오히려 '노동시장 분할 시스템(labour market segmented system)'이라고 할 수 있을 것임.

○ 1930년부터 1995년까지 보장 및 대체 비율의 개발에서 세부적인 검토를 위한 자산 조사는 생략되었음.

○ 호주는 1922년에 산업별 단체협약(award)으로 유급병가 도입. 현재 100개 이상의 산업별 단체협약이 운영되며, 사회적 구속력이 있으므로 임의유급병가를 주된 소득보장제도로 볼 수 있음<sup>20)</sup>

□ Kangas(2004)의 분류를 기반으로 국가(도입년도)를 분류하면 다음과 같음(강희정 외, 2019).

- 선별형(targeted) : 뉴질랜드(1938), 호주(1944)
- 조합형(corporatist) : 독일(1983), 오스트리아(1988), 네덜란드(1913), 일본(1921), 프랑스(1930), 이탈리아(1943), 벨기에(1944)
- 기초보장형(basic security): 아일랜드(1909), 영국(1911), 캐나다(1972)
- 포괄형(encompassing): 스웨덴(1970), 덴마크(1970), 노르웨이(1980), 핀란드(1982)

20) DeRigne, LeaAnne; Stoddard-Dare, Patricia; Quinn, Linda (2016-03-01). "Workers Without Paid Sick Leave Less Likely To Take Time Off For Illness Or Injury Compared To Those With Paid Sick Leave". Health Affairs. 35 (3): 520-527.

□ Kangas(2004)의 연구는 1995년까지를 기준으로 사회보험방식, 조세방식 혹은 공공부조로 운영하는 공적 상병수당제도를 기준으로 살펴보았기에 상병 소득보장제도의 변화과정을 살펴보는 데 다음과 같은 한계가 있음.

○ 호주, 뉴질랜드, 덴마크, 아이슬란드, 캐나다 등의 상병수당은 유급병가의 적용에서 배제되는 계층을 대상으로 공적 상병수당 운영

- 호주, 뉴질랜드는 임의유급병가가 주된 소득보장제도로 이의 적용에서 배제되는 계층에게 자산소득조사를 거쳐 공공부조인 구직수당 지급
- 덴마크, 아이슬란드는 사회적 합의에 의한 임의유급병가에서 제외되는 계층만 조세방식의 공적 상병수당 지급
- 캐나다는 임의유급병가를 원칙으로 유급병가 지급기간이 종료되어도 업무에 종사할 수 없을 때만 근로자보험(Employment Insurance)에서 상병수당 지급

○ 네덜란드(2년), 오스트리아(16주), 폴란드(77일), 독일(6주) 등은 공적 상병수당보다 법정유급병가 지출금액의 비중이 큼

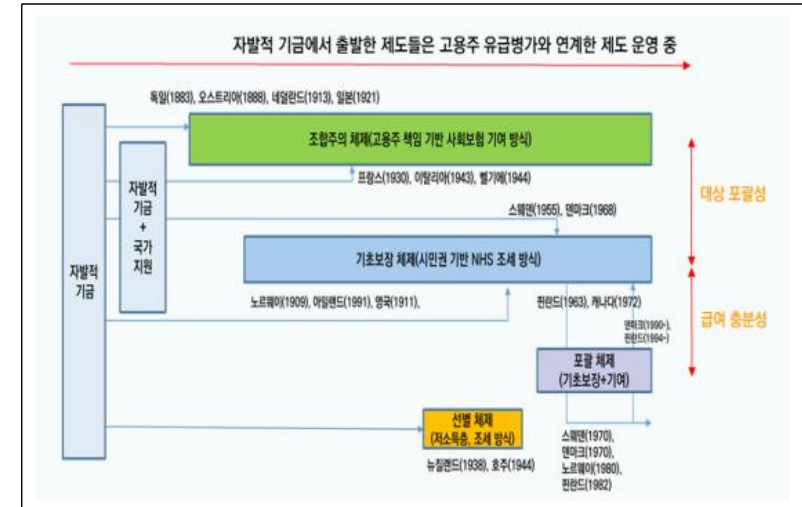
- 예를 들면 2017년 독일의 GDP 대비 지출금액은 법정유급병가가 1.52%, 공적 상병수당이 0.36%

○ Kangas도 소득보장에 대한 역할에서 민간부문이 커지고 있다는 것을 지적하고 있으며, 유급병가를 포함한다면 단기소득보장기능에서는 다섯 가지 유형은 실질적으로 유사(de facto more similar)함.

□ 상병수당 제도의 유형은 역사적으로 노동시장의 구조변화로 인한 다양한 형태의 근로자 출현과 노동시장에서 사용자를 대신하는 국가의 역할 변화에 따라 다양화 되었다고 할 수 있음.

- 최근까지 노동시장의 변화는 국가적 상황에 따라 전통적 임금근로자 뿐 아니라 다양한 고용 형태의 비정형·비전형 근로자 또는 자영업자까지 포괄하여 대상의 범위를 확대시키고, 미래 사회의 불확실성 증가에 대응하여 사용자와 피용자 간 관계를 초월하여 국가단위에서 대응해야 하는 사회적 위험 보장체계로서 상병수당의 개념을 확대해왔음.
- 가장 포괄적인 보장 대상과 급여수준으로 특징되는 포괄형 국가들은 대부분 7,80년대 완성된 구조임.

[그림 1-2-9] 상병수당 제도의 기원과 유형별 변천 과정



자료: Kangas(2004)를 수정하여 재작성함.

□ 역사적으로 보면, 자발적 기금에서 출발한 상병수당 제도는 국가별 고유한 환경에 맞추어 고용주가 제공하는 유급병가와 관계를 설정하여 고유한 제도로 발전해 왔음.

- (독일, 일본, 오스트리아) 위험이 같은 직종 근로자의 자조 모임에서 출발하여 조합주의와 사회보험 방식으로 제도를 확장해 왔음.
- (유럽) 고용주 유급병가 기반 제도에서 확장, 노동시장 유연화에 대응하여 전통적 사회보장 제도에서 제외되었던 자영 근로자를 포괄하는 변화를 선도적으로 추진 중
- 조합주의 체제와 기초보장 체제 간 큰 차이는 적용대상의 포괄성에 있음.
  - 전자는 임금근로자 기반의 제도를 유지하고 있다면, 후자는 상대적으로 임금근로자 외 자영 근로자를 추가로 포괄하고 있음.
- 기초보장제도가 포괄체제로 변화하는 과정에서 차이는 급여 수준의 충분성에 있음.



### 제3절 재정 위기에 대응하는 상병수당 제도 개혁

#### 1. 유럽연합 국가들의 제도 개혁

□ 국가별 상병수당 제도는 도입 당시의 재원조달방식에서는 큰 변화가 없었으나 노동시장 유연화에 대응하여 적용대상(coverage)을 점진적으로 확대하고, 제도의 부정적 효과를 통제하기 위해 보장 수준을 조정하며, 저소득층을 보호하는 정책을 보완적으로 추진하고 있음. 아울러, 제도 변화는 적극적 노동시장 정책과 연계성을 확대하는 방향에서 추진되고 있음(Spasova, Bouget, & Vanhercke, 2016).

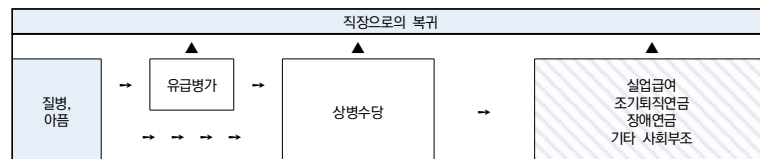
□ 모든 유럽연합 회원국들은 고용주로부터 유급병가를 받은 후, 사회보호시스템으로부터 상병수당을 받는 이중구조를 견고하게 조정해 왔음.

〈표 1-2-7〉 EU27국가의 유급병가 및 상병수당 비교

유급병가(sick pay)		상병수당(sickness benefits)
<b>① 지급기간</b> : 유급병가 지급 기간에 따라 크게 2그룹으로 구분할 수 있는데, 대부분의 국가들이 1일~14일을 지급하는 반면, 소수의 국가에서는 30주 이상 지급하는 경우도 존재함.		<b>① 지급기간</b> 상병수당의 지급기간은 22주(헝가리)부터 3년(포르투갈)까지 국가마다 차이를 보이며, 불가리아와 슬로베니아는 상병수당 기간을 정하고 있지 않음. <b>② 대체율</b> : 급여(혹은 순수입)의 50%~100%범위로 지급됨. * 영국, 몰타의 경우 정액제(flat-rate)를 도입하고 있음
<b>② 대체율</b> : 25%(슬로바키아)부터 100%(벨기에, 핀란드)까지 다양함.		
불가리아, 체코, 에스토니아, 스페인, 리투아니아, 헝가리, 핀란드, 라트비아, 루마니아, 스웨덴	1일~14일	
크로아티아, 네덜란드	30주 이상	

주: Spasova, Bouget, & Vanhercke(2016)의 내용을 참고하여 작성

- 최근 10년 동안, 많은 국가들이 어느 정도의 업무 능력을 갖춘 사람들을 대상으로 상병수당 이후 'follow-up benefit'을 만들어, 재활, 직업교육, 유연근무, 노동시장으로의 복귀 등을 돕는 제도를 추진 중에 있음.



- 상병수당제도는 경기침체에 영향을 받는데, 이는 경기침체 시에 근로자는 해고에 대한 두려움으로 아픔에도 불구하고 휴직을 하지 않는 프리젠테즘 문제를 악화시킬 수 있음.

- 지난 10년간의 주요 개혁 목적은 상병수당 관련 지출을 줄이는 것이었음. 비용 감소를 위해 사용된 주요 메커니즘은 대기기간 설정, 소득 대체율의 감소, 사용자 유급병가 도입이었음(Spasova, et al., 2020: 6).

- 자격조건, 급여 기간, 대체율 감소 등 유럽의 여러 나라가 상병수당 개혁을 추진했으며 그 결과로 보장 수준과 신청률에서 상당한 감소가 있었음.

- 일부 국가에서 의도된 장기 개혁 또는 금융위기 대응으로 상병수당의 소득대체율이 감소하여 왔음.

- 주요한 개혁에도 불구하고 지출추세는 2개의 그룹으로 분리됨(Spasova et al., 2020: 6).

- (제1그룹: 지출 유지 또는 증가) 대부분 대륙 및 남유럽 국가로 구성된 첫 번째 그룹은 2003~2015년 기간 동안 지출이 안정되거나 약간 증가

- (제2그룹: 지출 감소) 이들 국가 중 일부(주로 중부 및 동부 유럽 및 아일랜드)에서는 개혁조치로 인한 지출 감소 실현

- 대체율 인하 및 지급 기간 감소와 같은 일시적인 조치 수행(예 : 체코, 헝가리, 라트비아 및 리투아니아)
- 리투아니아에서는 2010년과 2015년 사이 상병수당 대체율이 절반으로 감소(평균 월급의 80%→ 40%로 감소)
- 헝가리는 2003년부터 상병 및 장애 수당을 개혁한 결과, 2005년과 2013년 사이에 평균 일일 유급병가 수혜자가 절반으로 감소

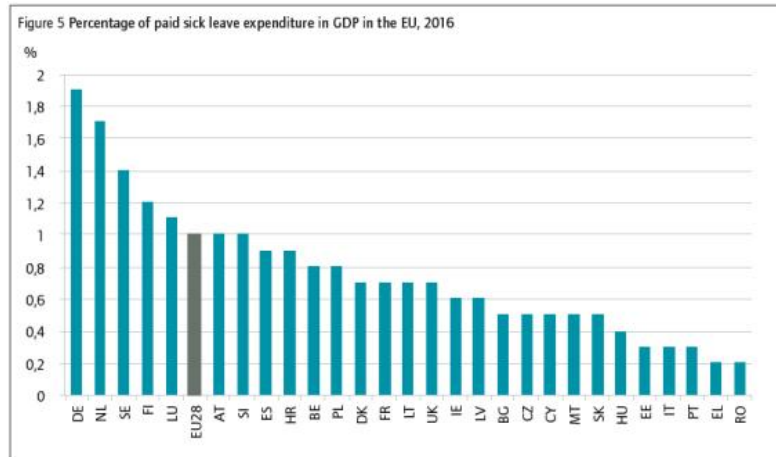
- 비교적 단기간에 걸쳐 지급되는 유급 병가(sick pay)에 비하여 장기적으로 적용되는 상병수당(sickness benefits)의 수급자 비율이 더 적음.

- 대부분 비용 분담에 있어 고용주(employer)가 부담하는 비율이 높으며(독일, 슬로베니아, 룩셈부르크 등), 사회보호제도에 의한 비율이 더 높은 경우(벨기에)도 있음.

- 유럽 28개 국가에서 유급병가와 상병수당의 지출

- (유급병가의 지출) EU28개 국가에서 유급병가 지출은 전체 건강 및 질병 사회 지출(health and sickness social expenditure)의 약 12%와 GDP의 1%를 차지하고 있거나 국가마다 상당한 차이는 있음.
- (상병수당의 지출) 사회보장제도에 의한 공적 상병수당 지출은 그리스와 루마니아가 GDP의 0.2%로 가장 적은 비율을 지출하고 있고, 독일과 네덜란드는 각각 GDP의 1.9%와 1.7%로 가장 높은 비율을 지출함.

[그림 1-2-10] 유급병가 지출 비율(GDP 대비, %, 2016년)



Source: Eurostat, ESSPROS (2019).

자료: Spasova et al.(2020: 5)

## 2. 유럽 국가에서 제도 개혁의 특징<sup>21)</sup>

### 가. 적용대상 확대

- 상병수당은 임의유급병가제도에서 출발하였기 때문에 단체협약의 적용대상이 되는 특정 산업의 임금근로자로부터 시작해서 점증적으로 전체 근로자, 농어민, 자영업자 등으로 확대
- 한편 업무에 종사할 수 없을 때 상병수당 수급요건(eligibility)으로 일정 이상의 재직기간, 보험료 납입기간 등을 요구했는데 점차 완화되어 수급대상이 증가하고 있음.
- 대기기간(waiting period)의 완화도 수급대상을 확대하는데 기여했으며, 점차 완화하는 추세임. 다만, 대기기간의 축소로 발생하는 추가비용은 이에 해당하는 보험료 인상으로 가입자에게 전가됨.

21) 주: Spasova, Bouget, &amp; Vanhercke(2016)의 내용을 참고하여 작성

[표 1-2-8] EU27 국가에서 자영업자에 대한 상병수당 등 사회보험 유형

제도 모형	세부 모형	운영 원리	27개 EU국가
보편모형 (Universal)	보편-포용 모형 (Inclusive)	- 저소득자, 단기간 기여자 포괄 - 급여 하한(benefit floors) 설정	(7개) 덴마크, 핀란드, 스웨덴, 룩셈부르크, 독일, 슬로베니아, 스웨덴
	보편-배제 모형 (Exclusionary)	- 저소득자와 단기간 기여자를 포괄하지 만 낮은 수준의 급여 - 급여 하한이 약하거나 부재	(4개) 크로아티아, 헝가리, 폴란드, 몰타
층화모형 (Stratified)	계층-포용 모형 (Inclusive)	- 제도적 자격을 갖춘 자영업자에 대해 충분한 보장 - 급여 하한 설정 또는 정액 급여	(4개) 오스트리아, 벨기에, 체코, 이탈리아
	계층-배제모형 (Exclusionary)	- 공식적으로 보장되는 틀에 포괄하지만 낮은 수준의 급여 - 급여 하한이 약하거나 부재	(7개) 불가리아, 사이프러스, 라트비아, 리투아니아, 포르투갈, 루마니아, 슬로바키아
	계층-선별모형 (Targeted)	- 주로 저소득층에 자격 부여	(5개) 아일랜드, 네덜란드, 그리스, 프랑스, 에스토니아

자료: European Commission, Social Situation Monitor: Comparing Social Protection Schemes for the Self-employed across EU-27. LSE consulting, 2020.7

- 벨기에, 프랑스, 독일, 일본, 오스트리아 등은 상병수당을 조합별 사회보험방식으로 운영하므로 조합에서 제외되는 근로자는 지역별 조합 등을 통해 예술가, 농어민, 특수형태근로자 등으로 적용대상을 확대하고 있음.
- 적용대상을 확대하기 위해 자영업자 등 특수형태근로자는 노령연금, 장애연금, 실업급여 등을 보장하는 별도의 국민보험 혹은 사회보장기금 등에 본인이 전액 보험료를 납입하여 보장을 받거나 개인소득보장보험 가입을 의무화하는 등 국가별로 확대 방향은 다름.
- 벨기에의 자영업자 등 특수형태근로자는 과거 상병수당에서 제외되었는데 상호보험기금을 선택하여 분기별로 과세대상 소득의 20.5%를 사회보장기금(social security fund) 보험료로 납입하도록 하여 상병수당 도입
  - 보험료는 특수형태근로자 본인이 전액 부담해야 하고 보장내용은 직장 가입자에 비해 적으며, 추가보험료를 납입하고 보장내용을 충실하게 할 수 있는 급여가 있음<sup>22)</sup>
  - 상호보험기금을 선택하지 않으면 자동적으로 Nationale Hulpkas voor Zelfstandigen에 가입되어 사회보장기금 보험료가 자동 청구됨.
  - 충분한 소득이 없더라도 최저 사회보장보험료는 납입해야 하는데, 2019년 기준 €13,847.39 이하의 소득자라면 분기별로 최저 €731.32 납입
  - 특수형태근로자의 소득은 가변적이기 때문에 직전 년도 소득을 기준으로 잠정보험료(provisional contributions)를 납입하고 연말에 정산(refund)하는 과정을 거침.
  - 한편 특수형태근로자의 대기기간은 30일이었지만 2018년부터 14일, 2019년 7월부터 7일로 축소되었으며, 취약계층은 첫날부터 소급하여 지급함.

22) [https://www.belgium.be/en/family/social\\_security\\_in\\_belgium\(2020.10.24.인출\)](https://www.belgium.be/en/family/social_security_in_belgium(2020.10.24.인출)).



- 일본은 일당근로자를 건강보험의 의무가입대상자로 하였으며, 국민건강보험법의 적용을 받는 프리랜서(특수형태근로자), 외국인 등은 국민건강보험법 제58조에 따라 가입한 보험조합의 조례 또는 규약에 따라 상병수당을 임의로 가입하는데 2008년 4월 기준 약 70% 가입<sup>23)</sup>. 자영업자, 농어민 등은 아직 상병수당을 적용하지 않음.
- 대만은 사회보험인 노공보험(勞工保險; Labor Insurance) 급여의 하나로 상병수당과 출산수당을 1958년에 도입하였는데 보험료 부담분의 20%는 근로자, 70%는 사용자, 10%는 정부지원금으로 충당하되,
  - 근로자성이 불분명한 경우에 근로자와 정부가 분담하고 신분에 따라 정부 부담분을 늘려서 취약계층의 상병수당 적용을 확대하고 있음.
  - 예를 들면, 어부협회 등록 어부, 자영업자 혹은 사용자가 분명하지 않은 근로자는 본인이 20%, 정부가 80% 부담(법 제15조 제3항)
- OECD(2020a)에 따르면 COVID-19 이전에 자영업자 등에게 상병수당을 의무가입하게 한 회원국은 벨기에, 덴마크, 핀란드 등 14개국이었는데,
  - COVID-19 팬데믹을 극복하는 과정에서 캐나다, 아일랜드, 뉴질랜드, 포르투갈 등이 자영업자에 대한 적용을 확대했으며, 지속적으로 늘어날 것으로 예측되고 있음.
- 한편 수급요건(eligibility) 혹은 자격요건(qualifying conditions)도 급여혜택을 받기 위한 선결 조건으로 재직기간, 보험료 납입 횟수, 거주요건 등으로 정하는데, 대부분의 국가가 기준을 완화하여 상병수당 대상자를 확대하는 추세에 있음.
  - 덴마크(직전 13주 동안 120시간 이상 근무), 프랑스(직전 3개월 150시간 이상 근무), 노르웨이(발병 이전 4주 이상 근무) 등은 최소 재직기간
  - 일본, 독일, 네덜란드 등은 상병 발생 당시에 건강보험의 피보험자로 고용상태
  - 그리스(직전 1년간 120일 이상 보험료 납입), 스페인(직전 5년간 180일 이상 보험료 납입) 등은 보험료 납입일수
  - 이탈리아와 스웨덴은 거주자로 재직 중이면 수급자격 부여
  - 조세를 재원으로 하는 공공부조인 호주는 22세부터 정년퇴직연령까지 직업을 가진 자 혹은 학생. 뉴질랜드는 18세 이상으로 2년 이상 뉴질랜드 거주자로 상병으로 소득이 단절되거나 감소한 자를 대상으로 함.

23) [https://www.mofa.go.jp/policy/human/cove\\_econo/index.html\(2020.12.9.인출\)](https://www.mofa.go.jp/policy/human/cove_econo/index.html(2020.12.9.인출))에 게시된 **Third Periodic Report by the Government of Japan under Articles 16 and 17 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights**(December, 2009)에 수록. 최근의 가입률에 대한 공식자료는 확인할 수 없음.

## 나. 지급 상한 설정을 통해 재정의 지속가능성 제고

- 1980년대부터 1990년대에 걸쳐 유럽연합 회원국에서는 상병수당 지급률은 유지하되 최고 지급한도를 축소하는 등의 정책을 통해 재정의 지속가능성 제고
  - 독일, 일본은 건강보험료 적용 소득 상한을 정하고 있으며, 제도 도입 이후 상한을 개정한 경험은 없음.
  - 스웨덴은 1997년부터 급여지급률을 90%에서 80%로 축소하고, 최고 지급금액은 물가 기준 금액의 7.5배로 정함. 2021년 기준 1일당 약 10.7만원
  - 프랑스는 최고 지급 한도와 지급률을 동시에 축소하였으며, 이를 법정유급병가로 보완
  - 룩셈부르크, 스페인은 사회부장 최저임금을 기준으로 최고와 최저 한도 설정
  - 핀란드는 피부양자도 입원하면 1일당 €20의 기초수당을 지급했지만 1996년 제도개혁에서 폐지(Kangas, 2004)
- 최고 지급한도를 축소하면서 중·고소득자에 대한 소득의 불안정과 불만을 해소하기 위해 대부분의 나라에서 공적 상병수당의 차액을 사용자가 지속적으로 지급하고 있음.
  - 예를 들면 스웨덴은 유급병가법과 단체협약에 따라 임의 유급병가로 공적 상병수당의 부족한 부분 보완<sup>24)</sup>

## 다. 노동시장 복귀와 연계한 제도 운영

- 1980년대 후반 독일을 필두로 하여 스웨덴, 덴마크 등 회원국은 상병수당과 장애연금의 정책 목표를 단순한 소득보장에서 노동시장 복귀(reintegration)로 전환하고 대대적인 개혁 추구
  - 1990년대를 전후하여 장기요양자 밀착관리, 상병요양자 자체보고 시스템, 노동시장복귀제도, 부분상병수당제도 등 다양한 업무복귀정책을 도입
    - 네덜란드는 직업재활훈련 등을 도입하면서 장애연금 수급자가 연 7~10 만명에서 2007년 4만명으로 감소
    - 스웨덴은 정기적으로 정해진 날에 업무적합판정(work capacity assessment)을 받도록 한 결과 상병수당과 장애연금 수급자 대폭 감소
- 특히 부분상병수당제도와 직업재활훈련 등을 통해 업무복귀 촉진

24) [https://www.onsemi.com/site/pdf/Benefits-Summary-Sweden.pdf\(2021.1.25.인출\)](https://www.onsemi.com/site/pdf/Benefits-Summary-Sweden.pdf(2021.1.25.인출))의 내용을 요약한 것으로 스웨덴은 단체협약의 적용을 받는 근로자가 90%수준(<https://www.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Countries/Sweden/Collective-Bargaining> (2021.1. 31.인출))이라고 함.

- 부분상병수당제도(partial sickness benefit)는 업무능력이 감소한 수급자가 시간제 근로로 소득활동을 하면서 상병수당은 근무시간만큼 감액하는 제도로 이를 통해 회사는 노동인력 감소를 최소화할 수 있으며, 상병이 완치되었을 때 정상적인 업무에 복귀할 가능성이 커지게 됨
- 벨기에, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 뉴질랜드, 노르웨이, 스웨덴, 영국, 리투아니아 등 14개국이 부분상병수당제도 도입<sup>25)</sup>
- EU회원국 대부분 고용시장 복귀와 연계하여 상병수당을 지급하고, 이를 이행하지 않을 때는 상병수당을 지급하지 않거나 지급금액 삭감
  - 덴마크는 상병수당법 제21조에서 수급자가 합리적인 이유없이 지방자치단체의 사후관리 프로그램에 따르지 않거나 의사가 제시하는 병원 입원 등 필요한 진료를 받지 않을 때 상병수당 수급자격 박탈
  - 스웨덴은 산업별 단체협약에 고용시장 복귀 약속을 이행하지 않을 때의 불이익 명시
  - 공공부조인 영국의 고용지원수당(2021년부터 유니버설크레디트로 단계적 전환 중)과 호주  
의 구직수당도 구직활동을 조건으로 지급
    - 영국은 취업가능그룹(work-related activity)과 지원그룹(support)으로 구분하여 관리하는데, 취업가능그룹은 구직지원담당 직원(work coach)과 면담하여 구직서약서(Claimant commitment)<sup>26)</sup>를 작성하고 정기적으로 면담하여 직업능력을 향상시키거나 이력서 작성 등 노동시장 복귀를 위한 지원을 받게 됨.
    - 호주는 구직수당을 받기 위해서는 Activity test에 따른 활동력 검증을 통과해야 하고, 구직활동계획(Jobseeker Employment Pathway Plans)에 따른 구직활동을 하는 것을 조건으로 지급함.
- 업무복귀가능성 평가 외에도 사용자 혹은 정부가 책임을 지고 직업재활훈련 등을 통해 노동시장  
장복귀를 촉진하는 다양한 제도 도입(Böheim & Leoni, 2017)
  - 오스트리아는 2014년 젊은 근로자에 대한 장애연금은 폐지하고 엄격한 재활훈련과정 도입
  - 스페인은 2010년 장애자에게 훈련기회를 부여하는 기업은 사회보장보험료를 면제했으며, 2011년 공공부문 장애인 고용비율을 5%에서 7%로 확대

25) Amy Raub et al., 2018, Paid Leave for Personal Illness: A Detailed Look at Approaches Across OECD Countries, World Policy Analysis Center.

26) [https://www.entitlement.co.uk/help/Claimant-commitment-Universal-Credit\(2021.9.19.인출\)](https://www.entitlement.co.uk/help/Claimant-commitment-Universal-Credit(2021.9.19.인출))에 따르면 청구자를 가족상황, 신체상태 등을 고려하여 4개의 그룹으로 나누어서 각각의 그룹에 맞는 업무복귀계획을 수립하여 실천하는 것을 조건으로 하는 등의 내용이 담겨있음.

- 벨기에에는 2009년부터 직업훈련비용 전액을 사회보험기구가 부담
- 이탈리아는 2013년 장애가 있는 근로자를 위해 사업장에 필요한 시설을 제공하도록 법제화

## 라. 유급병가와 분담을 통한 충실한 소득보장

### 1) 임의유급병가

- 임의유급병가는 대부분의 나라에서 공적 상병수당의 부족한 부분을 보충하는 역할을 담당
  - 이의 기준은 과거 산업별 단체협약에 따라 시행하고 있던 임의유급병가제도를 유지하면서 병가 중의 소득보장부분을 보충하는 형태로 운영
  - 특히 공적 상병수당의 지속가능성을 제고하기 위해 급여지급률을 인하하거나 최고지급한도를 정함에 따라 중·고소득층의 기득권(과거 임의유급병가에서의 지급률)을 보호하고 안정적인 소득을 확보하기 위해 임의유급병가가 보충적인 역할 수행

### 2) 법정유급병가

- 법정유급병가는 공적 상병수당의 비용부담을 줄이고 노동시장 복귀 등과 같은 사후관리를 용이하게 하기 위해 도입
  - 즉, 업무불능상태가 발생한 초기 일정 기간은 사용자가 급여의 100%를 지급하도록 법제화하였기 때문에 발생률이 높은 단기 업무불능에 대한 비용 전가
  - 짧은 기간에 대해서도 공적 상병수당을 신청할 경우 의료인증서 심사 등 관리기구의 업무부담을 축소할 수 있음
  - 아울러 노동시장 복귀의 우선순위는 수급자의 원래의 업무, 가능하지 않을 경우 원소속 회사의 다른 업무, 그렇지 못할 경우 재활훈련 등을 통해 다른 직장을 구하는 순서로 진행됨
    - 사용자가 법정유급병가를 제공할 경우 인사담당자와의 면담 등을 통하여 업무복귀를 촉진할 수 있음.
- 기업의 임의유급병가가 주된 소득보장역할을 하는 호주, 뉴질랜드 및 미국의 일부 주도 법정유급병가 도입
  - 이 나라의 법정유급병가는 근속년수에 비례하는 3~10일의 단기 병가이며, 가족의 긴급상황 등에 대처하기 위한 안전휴가의 기능도 수행
- 법정유급병가가 공적 상병수당과 역할분담을 하는 오스트리아, 독일, 네덜란드, 스웨덴의 상병 소득보장에서 차지하는 공적 상병수당의 비중은 대폭 축소됨.

〈표 1-2-9〉 주요 국가의 법정유급병가 비용과 공적 상병수당의 GDP 대비 지출금액 추이<sup>27)</sup>

(단위: %)

국가명	사용자 지급기간 (대기기간)	1990		2000년		2010년		2017년	
		유급병가 /GDP	상병수당 /GDP	유급병가 /GDP	상병수당 /GDP	유급병가 /GDP	상병수당 /GDP	유급병가 /GDP	상병수당 /GDP
오스트리아	16주	1.143	0.174	0.922	0.195	0.831	0.207	0.782	0.223
덴마크	단체협약	-	1.151	-	0.881	-	1.017	-	0.701
프랑스	(3일)	n.a	0.459	n.a	0.479	n.a	0.503	n.a	0.513
독 일	6주	1.486	0.379	1.234	0.295	1.208	0.298	1.519	0.355
네덜란드	2년	0.415	2.003	0.884	0.745	0.749	0.810	0.997	0.315
일 본	(3일)	-	0.054	-	0.052	-	0.069	-	0.071
스웨덴	14일	-	2.256	0.502	1.410	0.344	0.605	0.397	0.878
영 국	(1주일)	n.a	0.301	n.a	0.102	n.a	0.133	n.a	0.185

주: OECD는 상병수당을 Incapacity related cash benefit으로 분류하며, Public(공적 상병수당), Mandatory private(법정 유급병가), Voluntary private(임의 유급병가)로 세분

## 제4절 코로나 위기 대응을 위한 상병수당 제도 변화

### 1. 긴급 대응

- OECD가 COVID-19으로 인한 경제적 위기 상황을 파악하기 위한 조사 내용 중 자영업자 등에 대한 상병수당 적용 여부를 조사한 자료로, 2020년 7월 기준 17개국이 개혁추진 중

〈표 1-2-10〉 자영업자에 대한 상병수당 적용 여부 및 주요 개혁내용

(2020년 6월초 기준)

국가명	자영업자 상병수당 적용 여부				주요 개혁 내용
	상병 발생 시 COVID-19 이전	COVID-19 이후	개혁 여부	자가 격리 중	
호주	미적용	●	●	●	자영업자 등에 대해 COVID-19은 자가격리 중 특별 실업급여 부여
오스트리아	제한적				자발적으로 상병수당보험 가입시 적용
벨기에	적 용				
캐나다	선택적	●	●	●	자영업자 등에 대해 COVID-19은 자가격리 중 새로운 단기상병수당 적용
코스타리카	적 용	●		●	자영업자가 격리기간 중에 단기소득보상급여 적용
체 코	선택적				민영 상병수당보험을 가입했을 때 적용
덴마크	적 용	●	●	●	자영업자 등의 COVID-19은 자가격리에 대해 2주간 대기기간 면제
에스토니아	적 용	●	●	●	COVID-19은 자가격리에 대해 3일의 대기기간 면제
핀란드	적 용	●	●	●	COVID-19은 자가격리에 대한 특별단기상병보험은 대기기간 미적용
프랑스	적 용	●	●	●	COVID-19은 자가격리시에는 3일간의 대기기간 미적용
독 일	제한적	●		●	자영업자도 COVID-19은 자가격리에 대해 감염병예방법 적용
헝가리	적 용	●		●	자가격리 중인 자영업자도 상병수당 적용
아이슬란드	적 용	●	●	●	자영업자에게 자가격리수당(quarantine payments) 적용
아일랜드	제한적	●	●	●	자영업자 등이 COVID-19은 자가격리 중일 때 6일간의 대기기간 면제
이탈리아	미적용				
한 국	미도입	●	●	●	자영업자 등이 COVID-19은 자가격리 중일 때 단기생활지원금 제공
리투아니아	적 용	●	●	●	COVID-19은 자가격리 중일 때 10일간의 대기기간을 1일로 축소
네덜란드	선택적				자영업자 등이 자가격리 중일 때 상병수당 적용
뉴질랜드	미적용	●	●	●	민영 상병수당보험을 가입했을 때에 COVID-19에 대해 상병수당 지급
노르웨이	적 용	●	●	●	자가격리에 대해서는 적용하지 않음
포르투갈	제한적	●	●	●	자영업자 등이 COVID-19은 자가격리 중일 때 새로운 상병수당금 적용
폴란드	선택적	●			COVID-19은 자가격리에 대해 16일의 대기기간을 3일간으로 축소
슬로바키아	적 용	●		●	COVID-19은 자가격리에 대해 30일간의 대기기간을 면제
스페인	적 용	●	●	●	민영 상병수당보험을 가입했을 때만 적용하며, 33일간의 대기기간은 적용
스웨덴	적 용	●	●	●	자영업자가 자가격리할 때 근로자와 같이 대기기간 없이 상병수당 지급
스위스	선택적	●	●	●	COVID-19은 자가격리에 대해 대기기간 면제
영 국	제한적	●	●	●	COVID-19에 대해 7일간의 대기기간 면제, 자가격리에 대해 특별급여 도입
미 국	미도입	●	●	●	자영업자도 자가격리에 대한 보장제도 도입
		●	●	●	자영업자 등이 COVID-19은 자가격리할 때 일시적인 상병급여 제공

주: 1) '미적용'은 근로자에게는 도입되어 있으나 자영업자 등은 적용하지 않는 나라 의미

2) '제한적'은 수급 요건이나 급여금액 등이 근로자에 비해 제한적인 나라, 혹은 보험제도와 공공부조제도가 공존하는데 자영업자 등은 공공부조만 적용하는 나라, 혹은 자영업자 등이 신고소득(가입금액)을 낼 수 있는 나라

3) '미도입'은 중앙정부 차원에서 상병수당을 도입하지 않은 나라

자료: OECD(2020년 7월) <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/paid-sick-leave-to-protect-income-health-and-jobs-through-the-COVID-19-crisis-a9e1a154/> (2021.4.1. 인출)

27) [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX\\_AGG\(2021.4.21.인출\)](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG(2021.4.21.인출)) Social expenditure-Aggregated data에서 국가별 자료 사용.

## □ COVID-19 상황의 소득 보장 대응

- 선행 연구에 따르면 유급병가 제공 시 독감 발생률에서 유의한 감소, 법정기준 수준 유급병가가 보장되지 않은 근로자는 감기 증상 있어도 출근함.
- 자영업자, 비정형 근로자에게 접근성·적절성이 부족해 국가 권고 이행 어려움.
- 임금근로자는 대기기간 중 사용자로부터 병가 기간 임금을 받음으로써 자영업자의 수급 전 대기기간이 더 길어지는 역효과 발생.
- 17개 국가에서 상병수당 체계 강화·확장
  - 대기기간 중지(8개국 - 덴마크, 아일랜드, 라트비아, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 스페인, 스웨덴)
  - 고용주 부담 완화를 위해 상병수당 국가 지급분 확대, 지급대상은 자영업자 포함 추세(5개국 제외-이탈리아, 아일랜드, 리투아니아, 루마니아, 슬로베니아)

〈표 1-2-11〉 COVID-19 대응 급여/수당 적용 기준

국가	대기기간	소득보장수준 및 지원 주제	지급대상
덴마크	없음 (통상 30일, 자영업자 2주)	고용주 지원	임금근로자/자영업자
에스토니아	첫 3일 병가중 급여	국가 예산 추가 지원(한시) 고용주 4일~8일 9일째부터 건강보험	임금근로자/자영업자
프랑스	없음	-	폐보험자/격리대상의 16세 미만 자녀
독일	-	국가가 고용주에 임금 배상 첫6주 임금보상 후 상병수당 기준	임금근로자/자영업자
이탈리아	-	고용주 부담분 국가 부담	장애인/면역저하 임금근로자
아일랜드	없음 (통상 6일)	€203/w → 최대€305/w	임금근로자
라트비아	2일 (통상 11일)	보험급여분의 80% 수당 지급	임금근로자/자영업자
리투아니아	-	총 보수의 62.02% 지급 국가 사회보험 기금	중증만성질환자인 임금근로자
폴란드	없음	완전 보장	임금근로자/자영업자
포르투갈	없음 (통상 3~10일)	완전 보장(최대 14일)	임금근로자/자영업자
루마니아	-	법정산정기준액의 75% 지급 건강보험 단일기금 지원	임금근로자
슬로베니아	-	임금의 80%(최저임금의 70%이하선) 정부 부담	임금근로자
슬로바키아	없음	총급여 55%	임금근로자/ 폐보험 자영업자
스페인	없음	사회보장규제기준 75% (일반질병 65%)	임금근로자/자영업자
스웨덴	없음	정부가 비용 일부 부담	임금근로자/자영업자

주: \*Policy responses to the COVID-19 crisis(OECD, 2020.7) 내용 일부 참고  
자료: European Commission, 2020

## 2. COVID-19에 대응하는 상병수당의 역할과 과제

- OECD(2020a)는 COVID-19 팬데믹 극복을 위해 상병수당 및 유급병가제도가 어떤 역할을 했는지 평가하고, 앞으로의 정책 과제 등 제시<sup>28)</sup>
- OECD국가 대부분은 팬데믹 초기에 상병수당을 확장했는데, 법적 강제 장치를 두기도 했음. 그러나 이런 조치 대부분은 일몰(time bound) 조항이 있고 COVID-19 진료 및 격리 기간에 대해서만 적용. 다음과 같은 조치들이 취해졌음.
  - COVID-19에 감염된 근로자에 대한 상병수당 지급조건 완화 및 지급금 인상
  - 자가격리자도 상병수당 지급: 대부분 국가에서 처음 시도된 정책임.
  - 자영업자에게도 상병수당 확대 적용
  - 사용자가 지급하는 법정유급병가에 대한 비용 지원

## 가. 감염병에 대응하는 상병수당의 역할

- COVID-19 감염 근로자에 대한 상병수당 지급금 인상 및 지급조건 완화
  - COVID-19에 대처하기 위해 16개 OECD 회원국이 법정유급병가 지급금을 인상함.
  - COVID-19에 국한된 조치로 상병수당 지급률 인상
    - 핀란드는 통상적인 상병수당의 지급률은 70%인데, COVID-19 감염자는 100% 지급
    - 에스토니아, 라트비아, 포르투갈, 스웨덴, 영국 등 5개 국가는 확진 당일부터 상병수당을 지급하여 근로자가 안심하고 치료받을 수 있도록 조치함.
  - 10개 이상의 국가에서 상병수당 신청에 대한 보고요건을 완화했고 8개 나라는 보건의료 종사자가 감염되었을 때 산업재해로 처리
  - 호주는 COVID-19으로 감염된 근로자에 대해 특별 실업급여(special unemployment benefits)를 지급하였고, 스페인은 산업재해로 처리
  - 연방정부 차원에서 법정유급병가를 도입하지 않은 미국도 2주간의 법정유급병가를 한시적 도입. 정규임금의 100%를 사용자가 지급하되 1일당 \$511를 한도로 하며, 500인 미만 사업장은 연방정부가 유급병가 비용 지원

28) OECD(2020a) 보고서에서는 공적 상병수당과 유급병가를 구분하지 않고 Paid Sick Leave라고 사용하였지만, 여기서는 상병수당이라고 표현함

#### □ 자가 격리에 대한 지급 및 대기기간 폐지

- 발틱국가, 대부분의 중앙유럽국가, 덴마크, 노르웨이, 아일랜드 및 영국은 자가격리되는 근로자들에게 대기기간 없이 상병수당 적용
- 일부 국가는 친척, 자녀 등이 감염되거나 학교 폐쇄로 인해 자녀를 돌보기 위한 기간에도 상병수당 지급
- 오스트리아, 핀란드, 독일 및 스웨덴은 COVID-19 팬데믹 이전에도 감염병 관련법에 따라 자가 격리되는 근로자에게 자동적으로 급여수급권 부여
  - 오스트리아와 독일의 감염병예방법(Epidemic Act)은 자가 격리되는 근로자도 감염된 근로자와 동일한 수급권 부여
  - 핀란드와 스웨덴도 감염병에 관한 규정(regulations on infectious diseases)에 따라 상병수당 지급

#### □ 자영업자에게도 상병수당 확대 적용

- COVID-19 이전 상당수 회원국에서 자영업자, 임시근로자, 깃 근로자 등은 공적 상병수당을 적용하지 않거나, 본인이 선택할 수 있도록 하여 공적 상병수당에서 제외되었음.
- 자영업자 대부분은 업무 특성상 다른 사람과의 대면 접촉이 많을 수밖에 없어 이들의 보호가 중요해지면서 한시적으로 자영업자에게도 상병수당을 적용하도록 조치함.
  - 덴마크, 라트비아, 노르웨이, 스웨덴은 자영업자 등에게 잠정적으로 대기기간을 줄이거나 폐지하는 조치를 취하였으며, 자가격리자에 대해서도 적용함. 포르투갈은 10~30일 있었던 자영업자에 대한 대기기간을 3일로 축소
  - 에스토니아, 프랑스, 아일랜드 및 영국은 일시적으로 대기기간 유예. 또한 영국은 Universal Credit 제도 수급요건을 완화함으로써 더 많은 자영업자가 지원받도록 조치
- 일부 국가에서는 감염되었거나 격리 중인 근로자들에게 새로운 혹은 특별 팬데믹 지원금 제도를 도입했는데, 캐나다, 뉴질랜드 및 미국은 (과거 공적 상병수당을 적용받지 못하거나 선택적인) 자영업자에게도 적용했음.

### 나. 향후 상병수당의 과제

- 공적 상병수당과 법정유급병가는 감염이 의심되거나 확진된 근로자를 재빠르게 격리시킴으로써 진단, 추적, 관찰 및 격리에 기초한 질서 있는 방역대책(orderly deconfinement)에 크게 기여하는 것으로 확인되면서 향후, 일상회복과 향후 감염병 발생에 대응하여 상병수당의 개편 또는 도입에 있어서 다음의 정책 과제가 부상할 것임.

#### □ 계층 간 상병수당 수급권 격차 폐지

- COVID-19 위기는 포괄적인 상병수당(encompassing system of paid sick leave)의 필요성을 확인시켜줌.
- 많은 회원국이 자영업자, 특수형태근로자 등에 대해서 접근성을 개선하였지만, COVID-19에 국한된 것으로 향후 계층 간 수급권 차이를 해소하는 방안을 마련해야 함.

#### □ 상병의 예방과 회복된 근로자의 노동시장복귀 촉진

- 정부는 병가 중인 근로자에 대한 근로 유인과 고용지원을 강화해야 하며, 상병의 예방과 노동시장복귀를 촉진하기 위하여 사용자에 대한 재무적인 인센티브도 강화해야 함.
- 특히 과거 유럽연합 회원국에서 나타났던 것과 같이 상병수당이 장기간의 실직을 초래하는 장애연금으로의 관문(pathway into disability benefits)이 되는 것을 방지해야 함(OECD, 2010).
- 상병수당 수급자를 직업 재활훈련 혹은 구직 서비스에 재빠르게 연결하는 것은 새로운 직업을 찾기 어려운 자들이 오랫동안 노동시장에서 퇴출되는 것을 방지하는 핵심 과제임(OECD, 2020b).

#### □ 방역대책의 효과적인 수행을 위한 상병수당의 적응성 개선

- 감염병으로 인한 팬데믹의 시기에 자동적으로 그리고 일시적으로 상병수당을 법정 격리 중인 근로자에게 확대하고 유급병가를 지원하기 위한 사용자의 부담을 줄여줄 수 있는 법률 혹은 장치를 마련해야 함.
- 감염병예방법을 통한 자동적인 유급병가의 확대는 그런 법률이 존재하는 나라들에서 유효한 것으로 드러남.

## 제5절 보편적 건강보장과 상병수당의 관계

### 1. 상병 발생의 사회적 위험

□ 위험이 순차적으로 나타나는 서구와는 달리 한국사회에서 사회적 위험은 신/구 사회적 위험이 복합적으로 나타나는 특징이 있음(김영란, 2008).

○ 급속한 경제성장 과정 속에서 전통적인 사회적 위험이 약화되지 않은 상태에서 새로운 위험이 더해지고 중첩되거나 새로운 양상의 위험 형태를 보이고 있기 때문임(김영란, 2008).

□ 변화되는 사회적 위험은 노령, 실업, 장애, 질병 등 기존의 사회적 위험을 넘어서 새로운 형태의 복합 위험을 초래하고 있음. 즉, 기존의 사회적 위험과 분리되는 것이 아니라 중첩되어 나타나게 됨.

□ 상병이 발생했을 때 상병수당 혹은 유급병가제도가 없다면 경제적 어려움 때문에 근로자는 무리한 출근(Presenteeism)과 소득상실 중에서 선택을 할 수밖에 없음.

○ 무리한 출근을 했을 때 근로자 본인은 물론 직장 동료, 회사의 생산성, 일반 공중보건에까지 나쁜 영향을 미치게 됨.

- 참고로 미국의 자료를 분석한 결과에 따르면 상병휴가를 사용하려고 했던 근로자 중 46%가 금전적인 이유(무급병가로 소득 중단)로 활용하지 못했다고 함(World Policy Analysis Center[WPAC], 2018).

○ 유급병가제도를 운영하는 기업은 그렇지 않은 회사보다 이직률이 낮고, 신규채용 및 훈련비용이 낮아지며, 불필요한 잦은 결근(unnecessary absenteeism)이 줄어들고, 생산성이 높다는 실증분석결과가 있으며, 유급병가를 활용할 수 있는 근로자들의 산업재해 발생률은 활용할 수 없는 근로자보다 28% 낮았다고 함(Vicky, 2005).

○ 참고로 OECD가 2015년에 조사한 근로자 10만명당 산업재해 사망률은 영국 0.8명, 덴마크 1명, 독일 1명인데 반해, 유급병가제도가 법으로 강제화되지 않은 한국은 5.2명, 미국은 4.8명으로 나타났다.<sup>29)</sup>

○ 더욱이 근로자들이 유행성독감, 바이러스성장염, 폐결핵 등 전염성 질환이 발병한 상태에서 무리한 출근을 하면 직장 동료는 물론 직장 동료의 가족 등을 통해 공중보건에 큰 영향을 미치게 됨.

- 2009년 신종인플루엔자(H1N1)가 유행병처럼 번지기 시작했을 때 유급병가제도가 없는 미국 근로자들의 상당수가 아픈 상태로 출근할 수밖에 없었고, 다른 근로자들에게 확산되는 결과를 초래하여 약 7백만명이 감염된 것으로 추산됨.

- 유급병가가 활성화되어 있는 독일은 해당 년도에 가장 적은 유급병가일수를 기록했다고 함(Scheil-Adlung & Sandner, 2009).

- 우리나라에서 최근 보도(경향신문 2019. 6.14.은평 구립어린이집에서 유아 3명 결핵균 감염 의혹...구청은 쉬쉬)된 어린이집 원생들의 폐결핵 집단감염은 유급병가를 활용할 수 없는 어린이집 교사의 무리한 출근으로 인해 감염된 대표적 사례라고 할 수 있음.

□ **상병의 발생으로 인한 사회적 위험 보호에서 건강보험의 역할 변화는 크게 두 가지 요인으로 볼 수 있음. 첫째는 의학의 발전으로 인한 의료서비스 접근 기회의 증가이고 둘째는 노동시장의 유연화임.** 이 과정에서 국가별로 의료보장제도 제도 도입의 시기에 따라 질병 발생 위험의 대응으로 소득과 의료를 하나의 틀에서 보장하는 경우도 있지만 후발 국가들은 의료비 보장을 중심으로 의료보장제도를 설계하고 관련 소득 보장은 기타 소득보장제도와 연계하거나 별도의 재원으로 운영하게 됨.

○ **첫째, 전 세계적으로 의료의 역할 확대는 질병보험에서 현물급여로 의료서비스 접근을 보장하는 의료보장의 비중을 확대**시켜왔고 최근까지 보장의 차원이 의료에서 건강으로 확대되면서 건강을 결정하는 사회경제적 요인으로써 의료보장과 함께 소득보장의 필요성이 동일한 수준으로 강조되고 있음.

- 질병의 진단과 치료에 대한 의료의 역할이 확대되면서 국가별로 의료시스템 접근성을 높이는 인프라 확대와 함께 의료비 부담을 완화시키기 위한 의료보장제도를 확대시켜왔음.

- 한국과 같이 경제 부흥기에 의료보험을 도입한 국가들은 질병보험에서 소득보장의 기능을 유보시키거나 기타 소득보장제도 기능에 의존하며 의료보장 기능을 중심으로 제도를 도입하고 발전시켜왔음.

- 보편적 건강보장이라는 전 세계적 패러다임은 국가별로 각기 다른 제도적 환경 속에서 대상자를 중심으로 의료와 소득 보장의 기능이 동시에 발휘되도록 사회보험 제도 개편을 유도하고 있음.

○ **둘째, 전 세계적으로 경험하고 있는 노동시장의 유연화임.** 상병수당 제도의 기원은 임금근로자를 기반으로 하고 있으나 **임금근로자의 정의가 모호해지는 새로운 근로 형태가 출현하면서 국가별로 이들을 포용하기 위해 제도를 변형**해왔음.

- 임금근로자에서도 비정규직과 특수고용직이 증가하고 자영업자내에서도 실질적으로 고용관계에 있는 위장된(disguised) 형태의 종속적 자영자(dependent self-employed)가 출현해 왔음.

29) <https://www.ilo.org/ilostat> "SDG Indicator 8.8.1 - Fatal occupational injuries per 100'000 workers (%)", 2019. 8.10. 인출에서 2015년 혹은 2016년 전체 통계 사용.

## 2. 사회건강보호 체계 구축과 보편적 건강보장의 달성

### 가. 사회건강보호체계 구축

- 사회 건강 보호 원칙(Social Health Protection Principles)(ILO, 2020a)
  - 사회 건강 보호는 재정적 보호와 의료서비스에 대한 효과적 접근을 보장하는 보편적 건강보장의 목적을 달성하는 권리 기반의 접근 방식
  - 2030 지속가능개발의제의 일부로서, 사회 건강 보호의 확장은 보편적 건강보장(SDG 3.8)과 사회보호 최저선을 포괄하는 보편적 사회보호체계(SDG 1.3)의 보완적 달성에 기여
- 사회 건강 보호는 세계 인권 프레임워크 즉, 세계인권선언(The Universal Declaration of Human Rights), 경제, 사회, 문화적 권리에 대한 국제 규약(the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights), 사회보장(최저 기준) 협약(the Social Security (Minimum Standards) Convention (No. 102), 사회 보호 최저선 권고(the Social Protection Floors Recommendation (No. 102)에 기반을 두고 있음.
  - 정부가 모두의 건강 보호를 보장하는 완벽한 하나의 방법은 없음. 국제 기준은 보편적 보호를 보장하기 위해 재정적으로, 경제적으로, 사회적으로 지속가능한 방식으로 소득 계층 간, 남성과 여성 간, 세대 간 위험 공유, 형평성, 연대성을 반영하는 지침 원칙을 제공하고 있음.
- 사회 건강 보호: 보편적 건강보장을 위한 권리 기반의 접근
  - 2019년 9월 18일, 세계 연합(United Nations, UN) 총회는 보편적 건강보장에 관한 정치적 선언을 채택하여 건강관련 지속가능개발목표 달성을 위한 노력을 강화하기로 합의함(보건복지부, 2019.9.24).
    - 보편적 건강보장의 목표 달성을 위해 의료서비스에 대한 효과적 접근과 관련한 재정적 보호도 동시에 보장되어야 하므로 사회 건강 보호는 핵심 조건
    - 건강관련 SDGs는 보편적 건강보장 목표(SDG 3.8)와 사회보장 최저선을 보장하는 보편적 사회보호체계(SDG 1.3)와 관련되며 두 개 목표는 상호 보완적인 관계에 있음.
      - 궁극적으로 사회건강보호는 모두에게 건강하고 존엄한 삶을 보장하기 위한 것으로 지속가능한 성장과 사회 정의의 실현을 위한 핵심(ILO, 2017b).
    - 사회 건강 보호를 모두에게 확대하는 것은 포용적이고 지속 가능한 경제 성장, 완전하고 생산적인 고용, 양질의 일자리를 촉진하는 SDG 8에도 내포되어 있는데, 이를 달성하기 위해서는 건강한 노동력이 필요하기 때문임.

- 따라서 사회보호는 미래 노동에 대한 사람 중심 접근의 핵심임. 나쁜 건강과 재정적, 지리적, 사회적 또는 기타의 방해 요소로 의료 접근이 어려워지는 것은 노동력 생산성에 나쁜 영향을 미치게 됨.
- 상병 발생 시 소득 보장의 부재는 생산적인 자산에 투자할 수 있는 가구의 역량을 감소시키고 빈곤해지게 함.
- 2030 지속가능발전 프레임워크에서 UHC는 “모든 사람들이 건강증진, 예방, 치료, 재활 또는 완화 의료서비스에 그들이 필요할 때 재정적 어려움 없이 접근 하도록 보장”하는 것으로 정의되고 있음(WHO and World Bank, 2017).
- 사회 건강 보호는 두 개의 목표를 가짐: **적정 질의 의료에 대한 보편적 보장과 상병 시 소득 보장 (ILO, 2008)**

### 나. 보편적 건강보장의 달성<sup>30)</sup>

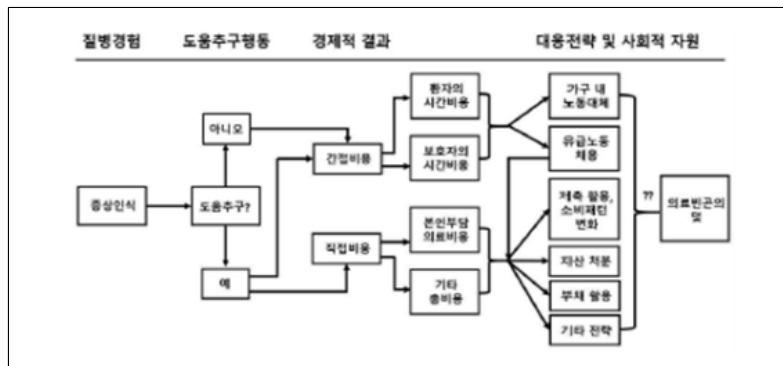
- 참여연대, 환자 단체, 가입자 단체 등은 재난적 의료비 발생의 **근원적 예방과 보편적 건강보장의 실현을 위해** 질병 발생 시 근로 형태에 따른 의료 격차가 발생하지 않도록 상병수당을 도입할 필요가 있다고 주장해 왔음(김준현, 2018; 참여연대 사회복지위원회, 2017a; 2017b, 의학신문, 2018. 5.18; 강희정 외, 2019에서 재인용).
- ILO의 세계 사회적 보고서 2017~2019에는 ‘상병수당은 경제활동인구에게 소득을 보장하는 수단이 되며 나아가 국가의 보편적 건강보장에 기여한다’라는 점을 강조했음(정혜주, 손민성, 안종순, 2019; 강희정 외, 2019에서 재인용).
- **보편적 건강보장은 건강을 인간의 기본권으로 규정한 세계보건기구의 1948년 헌장과 1978년 알마아타 선언 “모두를 위한 건강”에 기반을 두고 있음**(강희정, 2021).
  - 2015년 국제연합이 2020년까지 달성할 목표로 설정한 17개 지속가능발전의제(Sustainable Development Goals, SDGs) 중 SDG 3(전 연령 모두의 건강한 삶과 안녕)은 보편적 건강보장의 추상적 개념으로 실천 과제로 변화시켰음.
- 보편적 건강보장의 두 가지 핵심 요소는 보편성(universalism)과 형평성(equity)임(강희정 외, 2019).
  - 보편성은 모든 사람이 필요한 건강 증진, 예방, 치료 및 재활과 관련된 양질의 보건의료서비스에 접근할 수 있어야 함을 의미함.

30) 강희정 외(2019:285-292) 내용을 발췌하여 재정리함.



- 형평성은 보건의료서비스 이용 시 경제적 부담 때문에 재정적 위험이나 서비스 이용이 곤란한 상황에 놓이지 않아야 함을 의미함.
- 세계보건기구(WHO)에서는 보편적 건강보장이란 모든 사람이 차별 없이 필요한 양질의 건강 증진, 예방, 치료, 재활 및 완화의료서비스를 효과적으로 제공받고, 이 과정에서 경제적으로 곤란해지지 않도록 보장하는 것으로 정의함(Assembly, 2015, 강희정 외, 2019에서 재인용).
- **건강 충격으로 빈곤에 이르는 과정을 의료 빈곤화(medical impoverishment)**라고 함(McIntyre, Thiede, Dahlgren, & Whitehead, 2006).
  - 갑작스러운 건강 악화는 주요한 소득원인 근로 활동의 중단으로 소득 감소 또는 상실을 경험하게 되고, 동시에 나쁜 건강은 좋은 일자리에 대한 접근성을 낮춤으로써 빈곤화 위험이 높아지는 악순환에 빠지게 됨.
  - 따라서 소득 상실에 대응하는 개인 간 격차를 조절하며 일정 수준의 소득을 보장하는 보편적 건강 보호(Universal health protection)가 필요함.

[그림 1-2-11] 질병 경험의 경제적 결과와 대응 전략

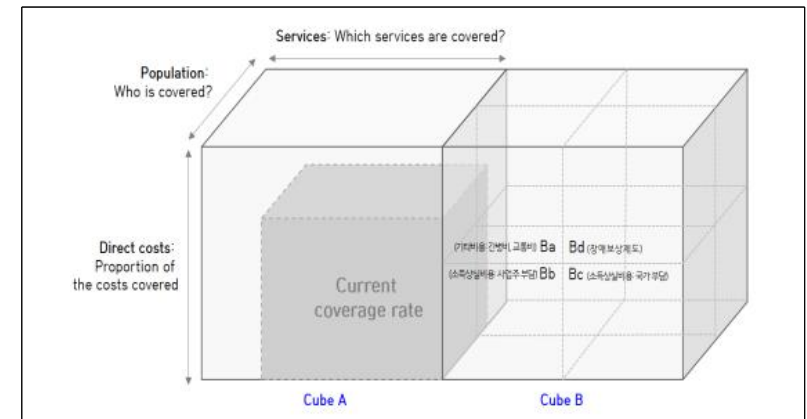


자료: McIntyre et al., 2006; 김창오, 2019, 재인용 p. 7, Figure 2-1.

- 질병을 경험하거나 건강하지 못한 사람에게 경제적 빈곤이 유발되는 과정에는 직접 손실인 의료비 지출과 간접 손실인 소득 상실이 발생함(강희정 외, 2019).
- McIntyre et al.(2006)에 따르면 의료 빈곤화는 질병 자체의 병리학적 특성 때문이 아니라 의료 이용 이후에 발생하는 직접 비용과 간접 비용에 의해 초래된다고 강조하였음.

- 따라서 의료비를 보장해 주는 의료보장만으로는 보편적 건강보장을 달성하기 어려우며, 소득 상실과 같은 간접 비용을 동시에 보전해 줌으로써 질병으로부터의 경제적 위험 및 빈곤을 예방할 수 있어야 함.
- **사회보험제도로서 건강보험을 운영하는 독일, 일본 등에서는 기본적인 서비스로서 소득 보장을 명시하고 있으며, 영국의 NHS에서도 1942년 발표한 베버리지 보고서에서 ‘실업, 질병, 재해로 소득이 줄어들었을 때, 정년퇴직으로 소득이 중단되었을 때, 주된 소득자가 사망하여 생계를 책임질 사람이 없어졌을 때, 출생, 사망, 결혼 때문에 추가 비용이 지출될 때를 대비한 소득 보장이 요구된다’며 소득 보장 부분을 강조한 바 있음**(Beveridge, 1942).
- **보편적 건강보장의 개념은** 의료비 지출로 인한 보호를 넘어 좀 더 거시적인 관점에서 질병으로 발생할 수 있는 **다차원적인 경제적 보호로 해석**되어야 함 (WHO, 2013; 강희정 외, 2019).
  - 다음 그림에서 Cube A는 의료비 지출에 대한 직접 비용의 보장에 대한 부분이고, Cube B는 간접 비용의 보장에 대한 부분임. Cube B는 4개의 작은 큐브로 구성할 수 있는데, Bb와 Bc는 상병 또는 질병으로 발생하는 소득 상실 비용에 해당됨.

[그림 1-2-12] UHC 더블 큐브 모델(UHC 큐브의 확장된 개념)



자료: WHO(2010:15), 강희정 외(2019: 290)에서 재인용

- 보편적 건강보장(UHC)의 확장된 개념은 의료서비스가 필요한 사람이라면 누구나, 그리고 그들의 건강이 유지 또는 개선될 수 있도록 양질의 서비스를 제공하는 것을 포함하며, 일을 하고 있던 누군가가 상병 또는 질병으로 소득을 잃게 되었을 때 걱정 없이 건강을 회복할 수

있도록 소득의 일부를 보전해 줄 수 있어야 하는데, 이 때 발생하는 비용이 의료비 외의 '기타 손실'이라고 하는 부분임.

- **진정한 건강보장을 위해서 소득 보장이 필수적이며, 이는 건강 불평등을 해소**하고, 보편성과 형평성을 모두 실현하기 위함임.

□ 보편적 건강보장은 건강권을 실현하기 위한 핵심 수단인데, 건강권을 '보건의료서비스를 받을 권리'로 좁게 해석해서는 안 됨(Meier and Fox, 2008)

- 건강을 결정하는 주요한 사회적 요인인 소득 보장 기전으로써 상병수당의 도입은 보편적 건강보장을 달성하는 퍼즐을 완성하는 마지막 조각이라고 할 수 있음.

[그림 1-2-13] 사회적 위험에 따른 한국 사회보험 체계와 보편적 건강보장 달성을 위한 상병수당의 역할



#### 다. 보편적 건강보장 달성을 위한 국가의 역할과 과제

□ **사회의 구조적 요인 때문에 질병이나 부상(이하 상병)의 위험이 달라지고 그에 따른 빈곤의 위험도 달라진다면, 국가는 이러한 사회적 위험으로부터 구성원을 보호하기 위해 사회보장제도의 고안해야 할 것임.**

□ 새로운 사회적 위험의 부상은 누가 어떻게 사회적 위험을 관리할 것인가에 대한 논의로 이어지고 있으며 사회적 위험에 대한 유형을 나누고 각각의 유형에 따른 위험관리전략을 모색하고 있음(김영란, 2008).

- 사회적 위험에 대한 관리 전략은 위험을 사전에 예방하는 위험예방전략, 위험이 일어날 경우를 대비한 위험완화전략, 위험이 일어났을 때의 극복전략 등으로 나누고 방안을 제시할 수 있음.

- **사회적 위험 관리체계의 1차적 역할은 국가에 있음.**

□ 원칙적으로 보편적 건강보장이 개인의 인권에 기반 한다면, 국가는 의료서비스 보장과 재정적 보호를 위해 상병으로 인한 근로중단 기간 소득을 보장해야 하는 의무를 갖게 됨.

- 다만, 제도가 요구하는 보편성과 재정의 지속가능성을 제고하기 위하여 사회보험 방식을 통해 고용주, 근로자, 정부가 재정을 분담할 수 있을 것임.

- 좋은 건강은 지속가능한 사회경제 발전과 빈곤 감소를 위한 핵심이며 사람마다 추구하는 가치는 다르지만 건강은 개인의 가치를 실현하는 기회의 공정성을 제공하는 최소한의 능력이기 때문임(강희정, 2021).

□ 개인의 잘못이 아닌 노동시장의 이중화 등 사회의 구조적 문제가 원인이고, 게다가 코로나-19와 같이 전 세계적 위기로 소득이 격감하는 상황에 대비하기 위해서는 보편성의 실현과 예방적 접근이 무엇보다 중요해 짐.

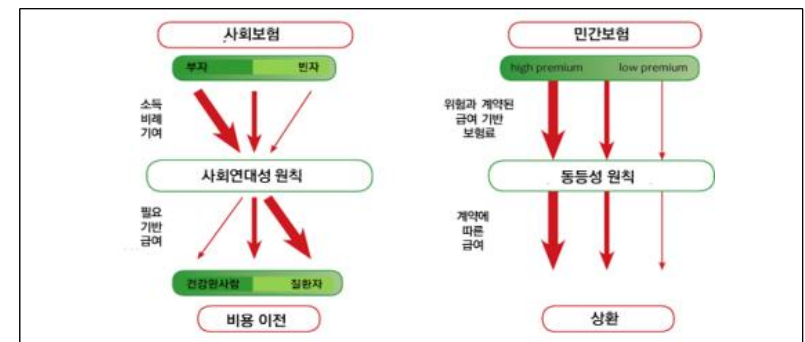
- 이러한 특성은 민간 안전망으로 해결될 수 없으며 사회연대성에 기반한 사회보험 방식의 추진이 우선되어야 할 것임.

- 상병수당은 사회적 불평등이 심화되는 상황에서 포용적 사회를 유지하기 위한 사회안전망 구축의 선례가 될 것임.

□ **사회보험의 핵심 원칙은 사회연대성에 있으므로, 사회적 합의에 기반 한 상병수당 도입을 위해서는 투명한 정보 공유와 합의 과정이 필요**할 것임.

- 구성원 간 비용의 재분배를 통해 연대를 형성하는 것은 사회의 안전을 유지하는 핵심 기반이며, 가능한 한 많은 근로자가 하나의 제도에 가입하도록 의무화하여 위험을 분산하는 사회보험 방식이 논의의 시작점이 되어야 할 것임.

[그림 1-2-14] 사회보험과 민간보험의 원칙 비교



자료: Obermann et al.(2013:23)

## □ COVID-19의 교훈을 반영한 상병수당제도 설계의 과제

- 공적 상병수당과 법정유급병가는 감염이 의심되거나 확진된 근로자를 재빠르게 격리시킴으로써 진단, 추적, 관찰 및 격리에 기초한 질서 있는 방역대책(orderly deconfinement)에 크게 기여했음.
- 선형국에서 팬데믹의 경험을 통해 상병수당에 대한 구조적인 개편 논의가 진행될 것이며 한국형 상병수당 설계에서도 같은 과제를 반영하여 제도를 설계해야 할 것임.

### ※ 대상 포괄성 확보: 계층간 상병수당 수급권 격차 폐지

- COVID-19 위기는 포용적인 상병수당(encompassing system of paid sick leave)의 필요성을 보여줌.
  - 많은 회원국이 자영업자, 특수형태근로자 등에 대해서 접근성을 개선하였지만, COVID-19에 국한된 것으로 향후 계층 간 수급권 차이를 해소하는 방안을 고려해야 함.

### ※ 예방 중심의 접근: 상병의 예방과 회복된 근로자의 노동시장복귀 촉진

- 정부는 병가 중인 근로자에 대한 근로 유인과 고용지원을 강화해야 하며, 상병의 예방과 노동시장복귀를 촉진하기 위하여 사용자에게 대한 재무적인 인센티브도 강화해야 함. 특히 과거 유럽연합 회원국에서 나타났던 것과 같이 상병수당이 장기간의 실직을 초래하는 장애연금으로의 관문(pathway into disability benefits)이 되는 것을 방지(OECD, 2010)해야 함.
- 상병수당 수급자를 직업 재활훈련 혹은 구직 서비스에 재빠르게 연결하는 것은 새로운 직업을 찾기 어려운 자들이 오랫동안 노동시장에서 퇴출되는 것을 방지하는데 핵심적임(OECD, 2020b).

### ※ 제도의 실효성 확보: 방역대책의 효과적인 수행을 위한 상병수당의 적응성 개선

- 감염병으로 인한 팬데믹의 시기에 자동적으로 그리고 일시적으로 상병수당을 법정 격리 중인 근로자에게 확대하고 유급병가를 지원하기 위한 사용자의 부담을 줄여줄 수 있는 법률 혹은 장치를 마련해야 함.
- 감염병예방법을 통한 자동적인 유급병가의 확대는 그런 법률이 존재하는 나라들에서 유효한 것으로 드러남.

## 제6절 한국형 상병수당의 개념적 틀

### 1. 한국형 상병수당 제도 설계의 필요성

#### 가. 근로자 유형별 상병 발생 시 건강보장의 격차 해소

- 한국판 뉴딜 정책의 일환으로 2022년 시범사업이 계획되고 있는 상병수당은 건강보험제 제50조(부가급여) 조항에 근거하고 있음.
  - 국민건강보험법 제50조(부가급여) 조항에 대통령령으로 상병수당을 부가급여로 실시할 수 있다고 명시하고 있으나 대통령령 부재로 시행되지 않고 있음.
  - 2006년 국가인권위원회는 사회보장권 강화 측면에서 상병수당의 의무 급여화를 통한 건강보험 개선을 권고한 바 있음.

□ 법적으로 근로자가 질병과 부상으로 인한 결근을 고용주로부터 인정받고 임금을 보장받을 수 있는 경우는 업무상 관련된 재해에 해당 되는 경우이며, 고용주는 이에 대한 보상 비용 부담에 대비하여 산업재해보상보험에 의무적으로 가입해야 함.

○ 그러나 업무상 관련성 없이 개인적인 질병과 부상의 발생에 대해서는 단체협약 등을 통한 규정이 없다면 개인의 능력으로 감당해야 함.

- 노동법에서 근로자에 대한 병가 제공이 의무화되어 있지 않아 일부 안정된 일자리 종사자(공무원, 공공기관, 대기업 근로자 등)만 단체협약, 취업규칙으로 유급병가를 보장받고 있음.
- 즉, 모든 근로자가 아파도 최선의 건강 상태를 유지할 기회를 고르게 보장받지 못하고 있다는 것임.
- 2020년 도입된 가족 돌봄 휴직·휴가제도가 비교적 넓은 범위의 근로자에게 적용되지만, 가족이 아플 때만 사용할 수 있고 본인이 아플 때는 근로시간 단축만 가능함.
- 근로기준법 미적용 5인 미만 사업장 근로자나 특수형태근로종사자 등은 이용이 불가함.

○ 유급병가가 노동자와 가족에 미치는 코로나-19의 경제적 영향을 해소하는 핵심 수단으로써 필요성이 급부상했음.

- 감염 근로자의 효과적 격리와 확산 방지를 위해 이들이 자가 격리할 수 있도록 병가 제공과 병가기간 소득손실을 보상하는 정책이 중요하게 확대되었음.
- 2020년 초, 긴급히 COVID-19 감염 환자의 자가격리를 유도하기 위하여 입원, 격리 중인 근로자에게 유급휴가를 제공하는 사업주에 대해 정부가 비용을 지원함으로써 한시적으로 임금근로자에 대한 사업주의 유급병가 제공을 강제한 바 있음.

〈표 1-2-12〉 예방 및 관리에 관한 법률에 의한 유급병가 제공 사업주 지원

지원근거	지원대상	지원금액	신청서류
감염병의 예방 및 관리에 관한 법률	COVID-19으로 입원 또는 격리된 자에게 휴가를 제공한 사업주	개인별 임금 일급기준으로 1일 과세급여액(최대 13만원) × 유급휴가 기간	사업주와 임금근로자의 자격과 유급휴가 제공 사실 관련 확인 서류

□ 결과적으로 근로 유형과 종사상 지위에 따라 근로자는 상병이 발생하여 일 할 수 없는 ‘근로무능력’ 기간 유급 질병 휴가의 보장을 받지 못함으로써 최선의 건강 수준을 유지할 기회를 보장 받지 못하는 격차를 경험할 수 있음.

○ 이는 우리나라 건강보험이 지향하는 보편적 건강보장의 달성을 어렵게 하는 것임.

- 달리 말하면, 이것이 보편적 건강보장의 달성을 위해 의료 서비스 보장만으로 한계가 있으며, 모든 일하는 근로자가 최선의 건강을 유지하기 위해서는 소득과 같은 사회적 요인의 불리함에 영향을 받지 않고, 가장 효과적인 시점에서 최선의 의료에 접근하여 건강을 유지할 기회를 최적화하는 사회보장제도가 필요한 이유임.

○ 질병을 치료하는 과정이 초래하는 재정적 어려움은 경제활동의 중단으로 인한 소득의 일부 또는 전부를 상실하는 것과 관련되며 근로자의 질병은 가구의 빈곤으로 이어지는 중대한 사회적 문제임.

□ 근로자에서 건강보장의 격차는 임금근로자 내에서, 임금근로자와 자영 근로자 간에서 발생함.

○ 임금근로자에서 유급병가 여부에 따른 격차(Gap 1)

- 업무상 발생한 질병이면 산재보험을 통해 포괄적 보장을 받을 수 있지만, 업무와 관련이 없으면 직장의 복지 수준과 자신의 사회경제적 역량에 맡겨짐.

- 즉, 임금근로자의 근로 형태 또는 종사상 지위가 취약할수록 적시에 의료에 접근할 기회가 매우 감소할 수 있음.

- 다니는 직장에 유급병가가 있다면, 아플 때 소득손실의 걱정 없이 병가를 내고 의료 서비스에 접근할 수 있음. 그러나 다니는 직장에 유급병가가 없는 근로자는 상대적으로 치료를 미루고 아픈 상태에서 출근할 가능성이 큼. 결과적으로 유급병가가 없는 근로자는 건강보장에서 격차를 경험하게 됨.

• 유급병가는 없지만, 무급 병가가 보장되는 경우가 있음. 무급 병가는 근로기준법을 통해 의무적으로 부여되는 연차휴가와 질병을 원인으로 달리 인정받는 휴가이므로 참기 어려우면 병가를 선택하여 쉬거나 병원을 찾을 것임. 하지만 무급 병가도 없는 경우는 자신의 연차휴가를 사용해야 하므로 쉬거나 병원을 찾는 시기를 더욱 늦출 수 있음.

• 또한 영세 사업장 중에서도 5인 미만 사업장 근로자는 근로기준법상 연차휴가도 의무 적용 대상이 아니기 때문에 더욱 쉬는 선택 또는 진료 시기를 늦출 수 있음.

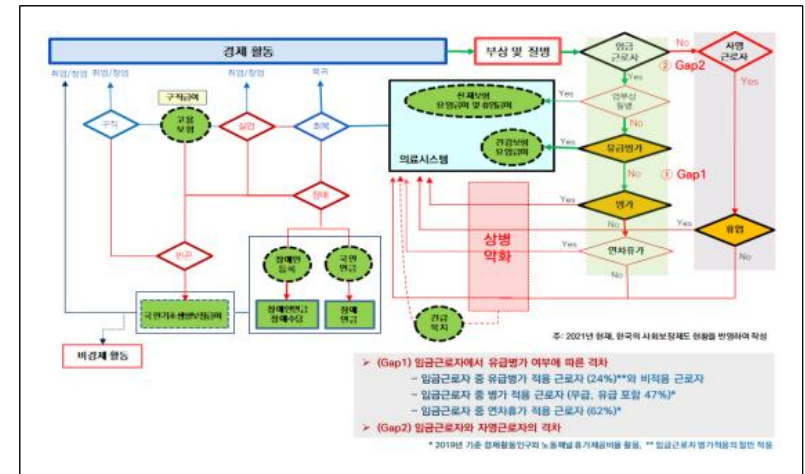
○ 임금근로자와 자영근로자 간 격차(Gap2)

- 자영 근로자는 사업 중단으로 인한 재정손실을 100% 자신이 감당해야 하므로 상병에 대응하는 선택이 임금근로자보다 자유로울 수 없음.

- 자신의 개인적 재정 대응력에 따라 쉬는 시기가 달라질 수 있음. 자영 근로자는 원천적으로 민간보험 보상금, 개인 저축 등의 사적 안전망에 의존하게 됨.

○ 상병수당은 일하는 개인이 질병이나 부상으로 일할 수 없을 때, 적시에 쉬거나 치료받을 기회에서 격차를 경험하지 않도록 교정하는 제도로서, 전체 근로자에게 보편적 건강보장의 기회를 제공하기 위한 것임.

〈그림 1-2-15〉 근로자의 개인 상병 발생에 따른 근로중단기간 소득안전망에서 격차 발생 흐름도



자료: 강희정 외(2019:393)의 그림 8-4를 수정하여 재작성함.

## 나. 전체 근로자에 대한 사전적·예방적 건강 보호

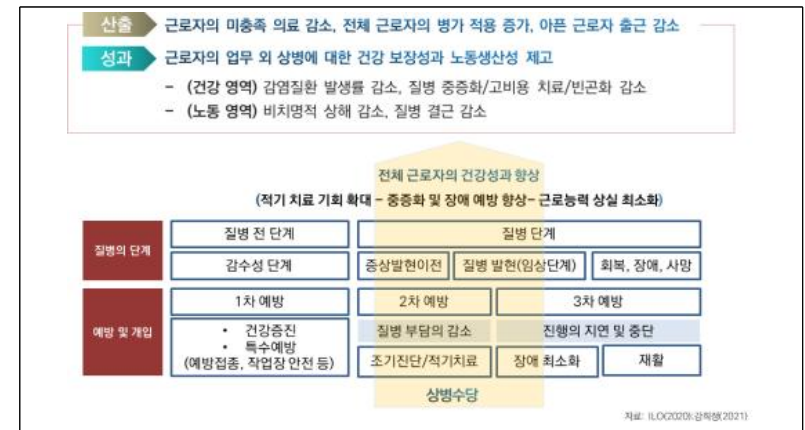
□ 상병수당은 상병 충격의 장기적 영향을 사전 예방하는 접근으로 사회경제적으로 취약한 근로자를 배려하지만, 이미 질병과 빈곤의 악순환 트랩에 빠진 이들 뿐 아니라 전체 근로자를 대상으로 최선의 건강 상태를 유지하도록 사전에 개입하여 장기적 부정적 영향을 예방하여 최선의 건강을 보호하는 제도로 설계되어야 함(강희정 외, 2019).

○ 일하는 근로자에 대해 건강을 보호하는 기회의 격차를 해소함으로써 건강 형평성을 제고하고 장기적으로 사회적 부담 발생을 적극적으로 예방할 수 있음.

- 상병 악화로 인하여 장애, 실직, 빈곤으로의 진행은 결과적으로 사회적 부담을 증가시키므로 상병수당은 질병 악화와 빈곤의 악순환 트랩에 빠지기 전에 최선의 근로 능력을 유지할 수 있도록 전체 일하는 근로자의 건강 보호 제도로 설계되어야 함.
- 고용의 형태와 종사상 지위에 관계 없이 모든 근로자가 재정적 이유로 아픈 상태에서 출근하는 출근 주의(프리젠티즘)를 예방하는 것에 중점을 두어야 함.
  - 근로자가 아프거나 완전히 회복되지 않은 상태에서 정상적인 작업 활동으로 복귀할 때 질병 전파와 건강 악화 위험이 높아져 더 많은 결근을 초래할 수 있음.
  - 우리나라 임금근로자의 건강문제로 인한 노동생산성 손실은 평균 26.6%로 건강문제로 인한 결근, 조퇴, 지각 등의 근로시간 손실을 의미하는 앰네티즘(Absenteeism)과 출근했으나 건강 문제로 업무수행능력이 저하되는 프리젠티즘(Presenteeism)으로 구분, 건강관련 노동생산성 손실의 96%가 프리젠티즘이 원인(Lee et al., 2020).
- 미래의 감염병 위기 및 저출산 고령화로 인한 노동력 감소에 대비하여 국민의 근로능력을 보호하고 노동생산성의 질을 높이기 위해서는 ‘사회건강안전망’ 강화가 중요하고 필수적임.
  - 모든 취업자가 아픈면 쉬고 적시에 치료받도록 지원하는 제도적 지원은 부족한 상황
  - 전통적 임금 근로자 뿐 아니라 비임금근로자를 포함하여 전체 취업자를 포괄하는 제도적 포용성 부족
    - EU 위원회(2019)는 노동시장의 변화를 반영하여 근로자와 자영업자를 포함하는 포괄적 제도를 권고했고 COVID-19 이후 이들의 제도적 사각지대 문제가 더욱 부각되면서 OECD 국가 대부분이 긴급히 기존 상병수당에서 비임금근로자를 포괄하거나 이들에 대해 공적 상병수당을 지급하여 사회적 거리두기 또는 일시 멈춤을 위한 임시적 조치를 시행했음(OECD, 2020)
- 건강보장체제에서 한국형 상병수당의 도입은 업무 외 상병에 대해서도 적기 치료와 회복의 기회를 보장하는 것으로 아픈 근로자가 경제적 이유로 출근하는 일을 방지하는 사회보장제도 마련하는 것을 목적으로 해야 함(강희정, 2021).
  - 이는 개인이 업무 외 상병으로 치료 및 회복을 위해 근로를 중단할 때 상실하는 임금 또는 소득의 일부를 현금으로 보상하는 상병수당을 통해 실현될 것임.
  - 상병수당은 질병의 자연사와 단계적 예방 틀에서 보면, 질병기간(무증상 질병, 질병발생, 회복) 중 의료이용 단계에서 주로 작용하게 될 것임.
  - 다음 그림에서 상병수당의 의료적 범위와 최대 보장기간에 따라 상병수당이 포괄하는 영역이 좋아지거나 넓어질 수 있음.

- 조기치료 중심의 왼쪽으로 또는 장애 예방 중심의 반대 방향으로 이동 시킬 수 있음.
  - 임의 기업복지에 의한 유급병가가 확대된 경우는 유급병가 기간 종료 이후에도 계속 아픈 기간 즉, 장기 질환에 대해 상병수당이 재정을 분담할 수 있음.
  - 또는 초기 짧은 기간을 상병수당이 보장하고 이후 보충적으로 유급병가 보장할 수 있음.

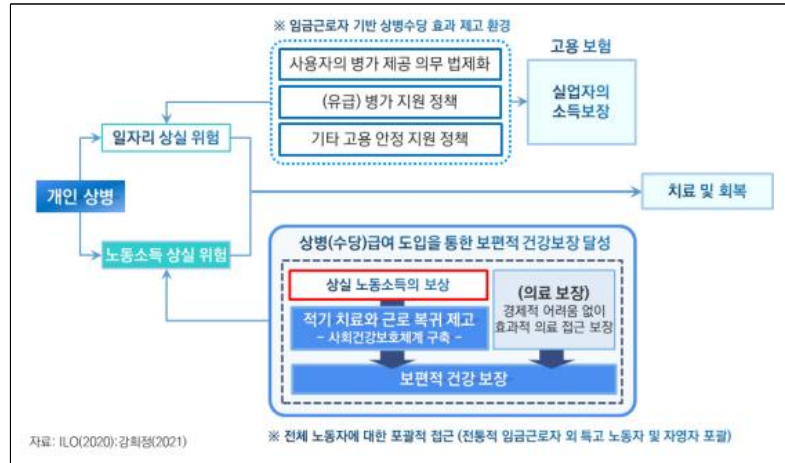
[그림 1-2-16] 질병의 자연사 단계에서 상병수당의 작용과 기대성과



- 건강보장체제에서 상병수당의 설계는 보편적으로 모든 근로자를 대상으로 하는 보편적 건강보장의 달성을 목적으로 상병 발생 시 의료보장과 연계한 소득보장 기전을 마련하는 것임(강희정, 2021).
  - 이는 재정적 이유로 발생하는 아픈 근로자의 출근(프리젠티즘)을 막는 것에 중점을 둔 것임.
  - 전통적 임금근로자 중심의 구조에서 사업주의 유급병가는 고용과 소득을 동시에 보장함으로써 아픈 근로자의 실 권리를 보장함. 그러나 노동시장의 변화에 따른 다양한 근로형태의 모든 근로자에게 공통으로 작용하는 고용보장 기전을 마련하기는 쉽지 않음.
  - 근로자가 개인 상병 발생으로 감수해야 하는 두 가지 위험이 일자리 상실과 소득 상실이라고 할 때, 건강보험에서 상병수당 도입은 근로자의 개인 상병 발생 시 소득 상실의 위험을 감소시키는 역할을 하게 됨.
  - 상병수당은 설계에 따라 도입 자체가 고용주 유급병가를 견인하고, 자영 근로자의 건강 보호와 사업 안정성을 높이는 관련성을 가질 수 있으므로 우리나라 상황에 맞는 고유의 설계가 중요함.



[그림 1-2-17] 건강보장체계에서 상병수당 도입의 의미



## 2. 한국형 상병수당 제도 설계의 개념적 틀

### □ (배경) 복합위험사회 시대에 대비'하는 예방적 사회보장제도 설계

- COVID-19으로 필요성 부상하였으나 미래 위험 대비 사회안전망 강화정책으로 추진
- 노동시장에서 사회 계층화와 건강 불평등의 악순환 차단
  - 일하는 근로자가 최선의 건강 상태를 유지하도록 개인 질병으로 인한 휴업기간에 의료와 소득을 통합 보장하는 사회보장제도 설계
  - 현재 사회보장제도는 질병, 장애, 노령, 실업, 사망이 발생한 이후의 보장으로 사회변화에 따라 새롭게 출현하는 사회 위험에 적시 대응 불가

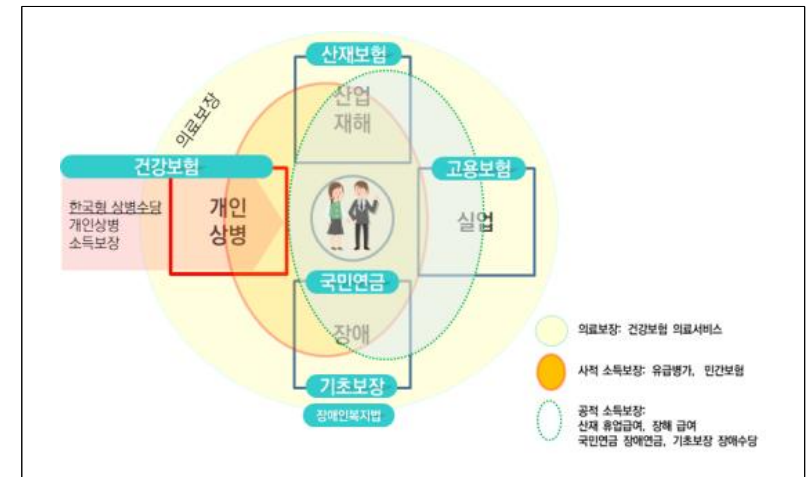
### □ (목적) 보편적 건강보장의 달성

- 업무상 관련성이 확인되지 않은 상병으로 인하여 한시적 근로무능력과 관련 소득 상실을 감당해야하는 취업자를 대상으로 건강보험에서 의료서비스 뿐 아니라 소득을 추가 보장함으로써 취업자 간 자격 격차를 해소하여 보편적 건강보장을 달성하고자 함.
- 가장 포괄적 범주의 건강보험체계를 활용하여 상병이 발생한 취업 근로자에게 의료서비스 접근과 연계한 소득을 보장함으로써 건강을 결정하는 사회적 요인인 소득의 부정적 영향을 사전에 차단하여 건강형평성을 제고하고자 함.

- 현재 사회보장제도는 업무상 관련성이 확인된 산업재해를 제외하고, 개인 상병이 발생할 당시에는 건강보험에 의한 의료서비스 보장만 있고 소득을 보장하는 기전이 없어 상병의 영향으로 장애, 실업, 빈곤에 이르러서야 관련 급여 혜택을 받을 수 있음.

- 한국형 상병수당은 전 국민을 포괄하는 건강보험체계와 연계하여 설계함으로써 개인 상병에 대해 의료보장 외 소득보장을 추가하는 기전으로서, 상병으로 발생할 수 있는 장애, 실업, 빈곤의 사회적 위험을 사전적으로 예방하고자 하는 것임.

[그림 1-2-18] 한국 사회보장제도와 한국형 상병수당제도의 관계



### □ (설계 방향) 전체 취업자를 포괄하는 '사회보험 방식의 보편적 상병수당' 도입

#### ○ (사회보험 방식) 최대한 큰 틀의 위험 공유로 제도의 재정적 지속가능성 제고

- 한국의 모든 근로자가 자격 구분 없이 가능한 오랜 기간 생산성을 유지하도록 건강보호를 의무화하는 보편적 사회보험제도 도입 필요
- 모든 취업자를 포괄하는 사회보험은 근로자 건강보호를 최우선으로 하는 일터 문화 조성

#### ○ (예방의 경제성 제고) 미래에 발생할 사회 위험을 사전적으로 개입하여 예방

- 전체 취업자의 근로능력상실에 대한 적극적 예방을 통한 노동생산성 제고
- 사후적 접근의 공공부조 방식은 사회 계층화를 유지시키는 후진적 접근

## ○ (기회의 공정성 제고) 건강을 결정하는 사회적 요인으로 소득의 부정적 영향 통제

- 건강보험에서 의료서비스 접근과 연계하여 소득을 보장하는 건강보호를 설계
- 건강에 대한 소득 손실의 부정적 영향을 통제하여 기회의 형평성 제고

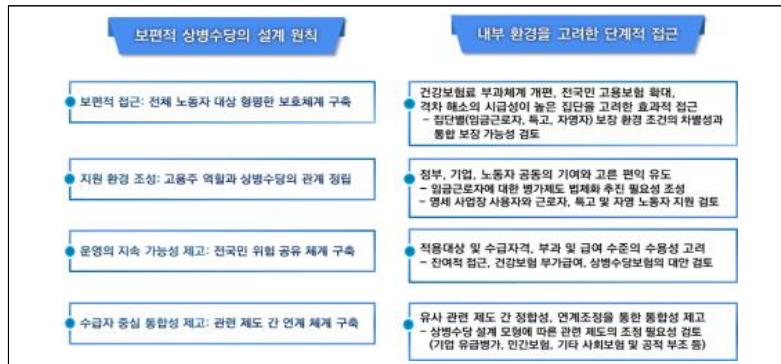
## ○ (근로자와 고용주가 사회보험료 분담) 사회적 책임과 개인 책임의 균형

- 고용주의 근로자 건강 보호책임과 근로자의 자기 건강관리 책임의 균형 제고
- 상병수당의 단기 소득보장과 연계한 고용주의 보충적 역할 확대 유도

## □ (설계원칙과 접근방식) ‘시범사업 운영과 평가’를 통해 한국 상황에 최적화된 고유의 제도 설계

- 국가별로 사회적, 제도적 환경을 고려하여 고유한 제도를 운영하고 있음

[그림 1-2-19] 한국형 상병수당 제도의 설계 원칙과 접근 방식







## 제2부

### 상병수당 도입 필요성에 대한 실증 분석

제3장 건강충격이 개인의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향

제4장 질병비용 및 상병수당 비용편익분석

제5장 지자체 사례분석: 서울형 유급병가 심층 분석



## 제3장

### 건강충격이 개인의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향

제1절 연구 필요성  
제2절 문헌 고찰  
제3절 실증 분석  
제4절 결론

## 제3장 건강충격이 개인의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향

### 제1절 연구 필요성

#### 가. 근로자의 건강취약성

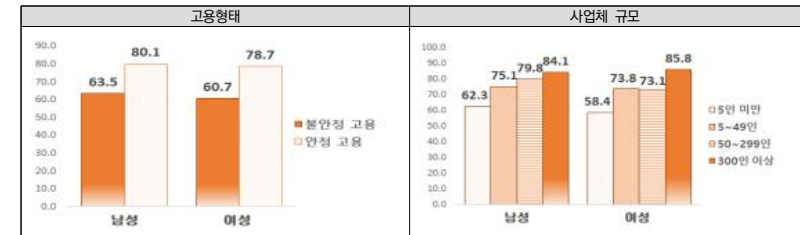
□ COVID-19가 드러낸 근로자 건강불평등 현황

- 택배 물류센터와 콜센터에서 발생한 COVID-19 집단감염, 택배 노동자들의 잇따른 과로사는 코로나 상황이 강조하는 ‘거리두기’나 ‘아프면 쉬기’가 어떤 근로자들에게는 전혀 가능하지 않다는 것을 여실히 드러냄(정연 외, 2020, p.12).
- 우리나라 사업장의 병가 도입률은 21.3%에 그치며, 소규모 사업장, 저임금 근로자, 비정규직 근로자의 경우에는 상황이 더 열악함.
- 최근 늘어나고 있는 플랫폼 노동자 등의 특수형태근로종사자의 경우, 현 근로기준법상 근로자로 인정받고 있지 못하기 때문에 병가라는 개념 자체가 적용되지 않음.

□ 고용상태에 따른 근로자 건강불평등 현황

- 선행연구들에 따르면 정규직보다 비정규직이, 대기업 종사자보다 소규모 사업체 종사들이, 원청업체 근로자보다 하청업체 근로자의 건강이 더욱 좋지 못함.
- 전반적 건강상태를 반영하는 주관적 건강수준의 경우, 남녀 모두 고용형태가 불안정한 군에 비해 유의하게 높았으며, 사업체 규모가 커질수록 주관적 건강수준이 높았음.
- 과로 현상을 반영한다고 볼 수 있는 소진 경험률의 경우에도 남녀 모두 고용형태가 불안정한 군이 안정한 군에 비해 유의하게 높았으며, 5인 미만 소규모 사업장 근로자의 소진 경험률이 가장 높게 나타남.
- 한편, 소위 프리젠테즘이라고 일컫는 ‘아파도 참고 출근하여 근로한 사람의 비율’은 불안정 고용군이 정규직 등의 안정고용군보다 높아, 아팠을 때 쉴 수 있는 여건이 고용상태에 따라 차이를 보여줌. 또한, 최근 1년 동안 병원(치과 제외) 진료가 필요했으나 받지 못한 근로자 비율(미충족의료 경험률)은 고용형태가 불안정한 군이 안정한 군에 비해 높았음.

[그림 2-3-1] 주관적 건강수준(주관적 건강이 좋다고 응답한 비율)



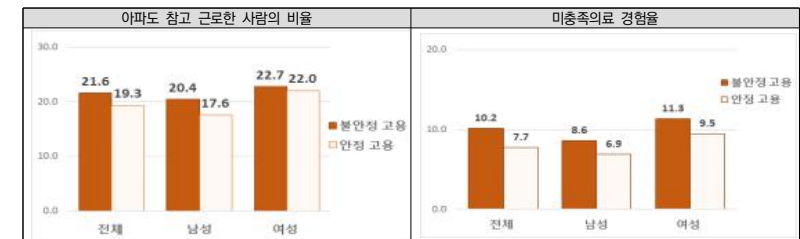
자료: 정연 외, (2020), 국민의 건강수준 제고를 위한 건강행태성 모니터링 및 사업개발 - 노동자 건강불평등, 한국보건사회연구원, 한국 산업안전보건공단, 산업안전보건연구원, (2017), 제5차 근로환경조사를 활용에 분석함.

[그림 2-3-2] 소진경험률



자료: 정연 외, (2020), 국민의 건강수준 제고를 위한 건강행태성 모니터링 및 사업개발 - 노동자 건강불평등, 한국보건사회연구원, 한국 산업안전보건공단, 산업안전보건연구원, (2017), 제5차 근로환경조사를 활용에 분석함.

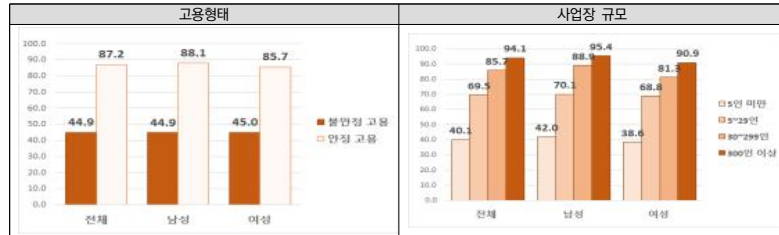
[그림 2-3-3] 고용형태에 따른 프리젠테즘과 미충족의료경험 현황



자료: 정연 외, (2020), 국민의 건강수준 제고를 위한 건강행태성 모니터링 및 사업개발 - 노동자 건강불평등, 한국보건사회연구원, 한국 산업안전보건공단, 산업안전보건연구원, (2017), 제5차 근로환경조사, 보건복지부, 질병관리청, (2017), 국민건강영양조사를 활용에 분석함.

- 이렇듯 근로자의 건강수준은 고용형태가 불안정할수록, 소규모 사업장일수록, 저임금근로자일수록 좋지 않지만, 근로자의 건강문제 및 이에 따른 경제적 문제에 대응할 수 있는 사회적 안정망은 이들에게서 오히려 취약함.

[그림 2-3-4] 고용보험 가입율(%)



자료: 정연 외, (2020). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업개발 - 노동자 건강불평등. 한국보건사회연구원. 통계청. (2019). 경제활동인구조사를 활용에 분석함.

[표 2-3-1] 고용형태별 직장 내 병가휴가 도입률

(단위 : %)

구분	고용형태		종사상 지위			근로시간	
	정규직	비정규직	상용직	임시직	일용직	시간제	전일제
유급휴가	76.2	29.6	72.3	28.8	5.2	16.8	64.8
유급병가	59.5	18.7	55.5	18.1	2.7	10.7	49.2

자료: 이재훈(2020). 외국의 유급병가, 상병수당 현황과 한국의 도입방향

○ 일과 관련하여 질병이나 사고가 발생하더라도 업무와 질병 사이의 인과관계를 근로자 스스로 증명해야하고, 시간적·행정적 비용이 많이 소요되는 현재의 산재보상체계에서 취약노동자들은 사업주의 공상 처리 제안을 수용하거나 민간보험에 의존하는 방식 등으로 대응하는 경우가 많으며, 때문에 건강이 충분히 회복되지 못한 채 작업장으로 복귀하는 경우가 비일비재함(정연 외, 2020, p.304).

- 일부 특례조항들을 통해 보장대상 범위를 확대하고는 있으나, 현재의 산재보험은 모든 근로자를 포괄하지 못한다는 한계도 존재함.

#### 나. 질병으로 인한 근로 중단, 소득상실 및 사회적 영향

##### □ 질병발생의 경제적 영향

○ 의료 서비스의 양적·질적 발전으로 의료비에 대한 부담이 커지면서 최근의 건강보장은 경제적 부담 없이 의료 서비스에 접근할 수 있게 하는 기능이 강조되고 있지만 노동력의 상실과 이로 인한 소득 감소를 완화시키는 경제적 보장(소득보장) 또한 건강보장 제도의 기능 중 하나임(김창엽, 2013 p. 68; 김수진, 2018. p. 10 재인용).

- 이는 두 가지 측면과 관련되는데 우선은 질병으로 인하여 일을 하지 못하는 상황에서 피

보험자들의 생활 안정(소득보장)이 중요하다는 것과 근로자들이 일할 수 있는 능력(건강상태)을 회복할 수 있는 여건을 조성한다는 측면임.

○ 질병 발생의 경제적 영향은 단기적으로 끝나지 않고 중장기적으로 고용상태, 임금과 소득에 영향을 미치고 가구의 빈곤화를 야기할 수 있음(김수진 외, 2018. p. 11).

- 이는 질병 발생으로 인한 부담을 줄이기 위해 초기에 적절한 치료를 통해 건강을 회복할 수 있도록 의료서비스에 대한 보장수준을 높이는 것과 함께 더 나아가 질병이 야기하는 소득상실에 대해서도 관심이 필요함.

##### □ 소득계층별 의료이용 및 질병의 경제적 영향

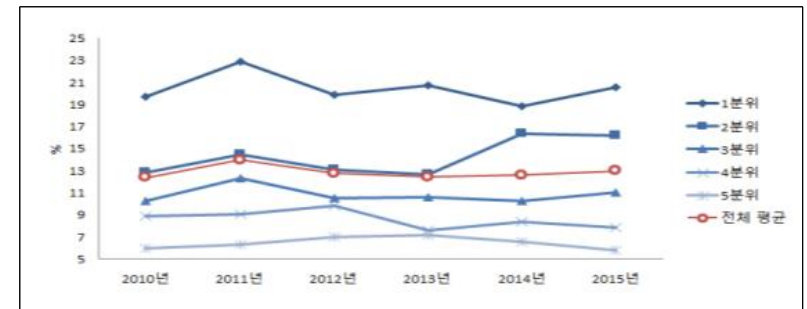
○ 저소득층일수록 중증질환 유병율이 높고, 때문에 입원일수 등 의료이용량이 많음.

- 2017년 의료패널자료 분석 결과에 따르면, 주요 만성질환 유병율은 연간 가구소득분위가 낮을수록 높게 나타남. 특히, 심장질환, 뇌혈관질환, 암과 같은 중증질환 유병율은 저소득층일수록 높았음(박은자 외, 2019).

- 중증질환자들의 외래이용 건수 및 입원일수는 저소득층일수록 높게 나타남. 반면, 의료비 지출액은 소득수준이 높을수록 순차적으로 높아졌으며, 가구의 생활비 대비 의료비 지출액 비중은 소득수준이 낮을수록 순차적으로 높아짐(정연, 정수경, 2017).

○ 이는 질병발생 시 의료이용으로 인한 경제적 타격이 저소득층에서 클 수밖에 없음을 시사함.

[그림 2-3-5] 중증질환 가구의 소득계층별 생활비 대비 의료비 비중

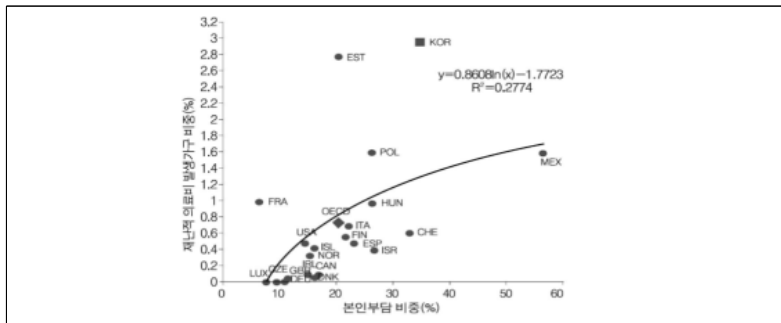


자료: 정연, 정수경, (2017). 소득계층에 따른 의료비 부담과 부문별 비용의 추이: 중증질환을 중심으로. 한국의료패널 2010-2015년 자료 분석 결과. 보건복지 Issue & Focus. 제343호.

## □ 심각한 재난적 의료비 문제

- 질병으로 인한 과도한 의료비는 필요한 재화 및 서비스 구입을 가로막을 수 있고 소득 수준이 낮은 경우 그 부담은 더 클 수 있음. 특히 가구 소득 대비 일정 수준을 넘어서는 의료비로 정의되는 재난적 의료비 지출은 낮은 소득계층에서 높은 것으로 나타남(김수진, 2018).
- 재난적 의료비로 인해 의료빈곤층으로 전락할 경우 직장을 잃거나 노동력 저하로 인한 가계의 수입 감소라는 이차적인 고통에 직면하게 됨. 이는 곧 사회보장이 취약한 한국사회에서 질환과 빈곤의 악순환에 빠지게 된다는 것을 의미하고, 건강불평등과 소득의 양극화를 고착화시키는 요인으로 작용함(라포르시안, 2017.2.27.일자).
- 재난적 의료비를 국가별로 비교하였을 때, 우리나라의 재난적 의료비는 OECD 국가 최고 수준임.
  - 대체로 본인부담비중이 높은 나라일수록 재난적 의료비가 많이 발생하는데, 우리나라는 본인부담비중에 비해 재난적 의료비 발생 수준이 훨씬 높음. 이는 단순히 낮은 보장성에 의해서만 재난적 의료비가 발생하는 것이 아니라, 다른 요인들이 이 문제에 결부되어 있음을 의미함(정형준, 2017).
  - 그 중에서도 특히 현금급여가 없어서 소득에 대한 건강보험의 보호능력이 전혀 없는 것이야말로 재난적 의료비를 만드는 핵심 원인이 될 수 있음.
    - 이는 [그림 2-3-6]에서 보듯 한국보다 훨씬 보장성이 떨어지는 멕시코보다도 의료비로 인한 빈곤층 추락을 막지 못하는 이유가 됨.
- 이런 상황을 개선하기 위해서는 건강보험의 보장성 확대와 함께 상병수당 도입이 절실함. 진료비에 대한 직접적인 부담 완화와 동시에 질환으로 인한 노동력 상실로 감소된 가계 소득을 보전해주는 상병수당을 도입해야 함.

[그림 2-3-6] OECD 국가별 본인부담 대비 재난적 의료비 발생



자료: OECD, 2012; 정형준, 상병수당 도입의 필요성. 복지동향 2017 재인용.

## 다. 근로자에 대한 적극적 건강보호의 필요성

## □ 우리나라 건강보험의 선별성

- 건강보험이 도입된 1977년 당시, 정부는 국고지원 없이 기업과 근로자들의 부담만으로 건강보험제도 운영을 시작하면서, 건강보험 내에서 보장하는 급여 항목 외에 비급여 항목을 섞어 진료할 수 있도록 허용하였으며, 또한 급여의 범위로 현물급여(의료서비스)에 국한하여 원래 사회보험이 가진 질병으로 인한 소득감소에 대한 보상도 보장범위에서 제외하였음(정형준, 2017).
  - 이는 결국 건강보험이 당연지정제를 통해 모든 의료기관에 도입 되었음에도, 빈자들과 부자들이 누릴 수 있는 서비스의 내용을 다르게 만들었고, 현금급여(상병수당 등)를 도입하지 않아 질병으로 인한 소득감소로 빈곤층이 발생하는 것을 막지 못했음.
- 그러나 개선의 여지는 남아 있음. 국민건강보험법 제50조 (부가급여) 조항에 대통령령으로 상병수당을 부가급여로 실시할 수 있다고 명시되어 있음.
  - 2006년 국가인권위원회는 사회보장권 강화 측면에서 상병수당의 의무급여화를 통한 건강보험 개선을 권고한 바 있음.

## □ 산재와 병가, 그리고 유급병가

- 현재 우리나라 근로자는 업무 중 아프거나 다치면 병가나, 유급병가, 혹은 산업재해보험에 따라 요양급여와 휴업급여를 보장받을 수 있음.
  - 그러나 산재 인정의 문턱이 매우 높고 업무상 질병이 아니면 의료비 부담뿐 아니라 소득 상실, 그리고 실직까지 이어질 수 있음.
  - 병가휴가가 있긴 하지만, 법으로 정해진 것은 아님.
    - 공무원과 사립학교 교원이거나(국가공무원복무규정 14조와 사립학교법 제59조), 회사마다 단체협약이나 취업규칙에 별도의 규정을 두지 않는다면 사용할 수 없으며, 규정이 있더라도 병가에 대한 유급 규정이 없다면 무급으로 처리되고 개인 사정에 의한 결근으로 처리돼 월급에서 공제되거나 연차휴가를 사용해야 함.
    - 연차휴가는 5인 미만 사업장에는 의무적으로 적용되지 않음. 김수진 외(2018)가 493개 사업체를 조사한 바에 따르면, 제조업과 건설업 3%, 서비스업 9.6%만이 취업규칙에서 유급병가를 정하고 있었음.
  - 특히 장기간의 치료와 회복이 필요한 경우는 무급휴직을 해야 하거나, 강제로 퇴사 처리되는 경우도 있음.
  - 이로 인해 대부분의 근로자들은 치료비 부담뿐 아니라 생계수단마저 잃게 되는 이중의 경제적 부담을 떠안게 되어 건강 악화와 빈곤 심화로 이어질 수밖에 없음.

## □ 공중보건위기 상황에서의 근로자 건강보호 강화

- 최근 정부는 사회적 거리두기를 생활방역으로 전환하면서 첫 번째 수칙으로 ‘아프면 집에서 쉬기’를 제시함. 하지만 우리나라는 근로자가 아프거나 다쳐서 근로능력을 상실했을 때 소득을 보전해주는 제도를 제대로 갖추지 않고 있음.
  - 우리나라 대부분의 근로자에게 씬은 곧 소득감소에 따른 생계문제로 이어지기 때문에 근로자는 아파도 쉬 수 없음. 질병에 걸린 근로자가 마음 편히 치료에 전념할 수 있도록 질병 관련 소득보전제도를 갖추어야 함.
    - 2020년 4월 중앙재난안전대책본부의 ‘개인방역 5대 행동수칙에 대한 국민 온라인 설문조사’ 결과에 따르면, 정부의 COVID-19 생활방역 행동수칙 중 ‘아프면 3~4일 집에서 쉽니다’(28.6%)가 가장 지키기 어려운 원칙으로 나타났다.
- OECD는 유급 병가는 근로자와 가족에 미치는 COVID-19의 경제적 영향을 해소하는 데 핵심적인 수단임을 강조하고 있으며, 대부분의 국가가 제도적으로 보장하고 있음(이재훈, 2020).
  - COVID-19에 감염되었거나 자가격리 대상으로 일을 할 수 없는 근로자들이 일정 소득을 유지할 수 있도록 지원하는 것은 발병 근로자와 가족의 소득뿐 아니라 COVID-19 확산 지연에도 도움이 될 수 있음을 강조하고 있음(OECD, 2020; 이재훈, 2020 재인용).
  - OECD(2020)에 따르면 병가 초기 5~15일간의 급여를 사용자가 계속 부담하는 것이 일반적이지만, 오스트리아, 독일, 이탈리아에서는 사용자의 부담이 주에서 수개월까지 계속되며 네덜란드에서는 최대 2년까지 지원됨. 최근 영국은 COVID-19 대응을 위해 기존 병가 4일차부터 지급되던 법정 병가급여를 1일차부터 지급하는 것으로 변경했음(ILO, 2020; 이재훈, 2020 재인용).

## 제2절 문헌 고찰

### 가. 건강과 노동의 상관관계

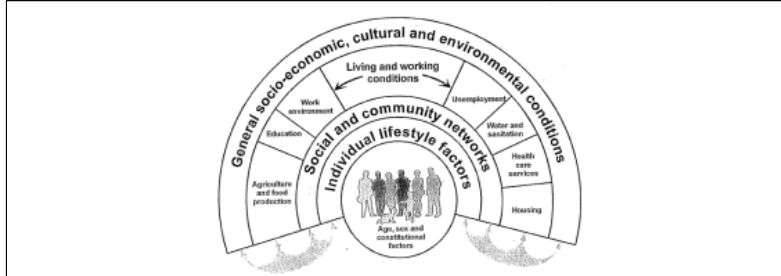
- 건강과 노동과의 상관관계를 살펴볼 때, 사회역학(social epidemiology)의 관점에서 노동 행위 그 자체는 물론 노동과 관련된 다양한 요인들이 건강에 영향을 직·간접적인 영향을 미치는 것으로 보고 있음.
  - 리사 F 버크먼, 이치로 가와치(신영전 김명희 전희진 김석현 역, 2003)는 『사회역학』에서 ‘직업’은 개인의 사회경제적 지위를 결정짓는 요소 중의 하나임.
    - 또한, 만성적인 작업환경, 작업환경이나 직무역할의 변화, 그리고 실업과 퇴직 또한 건강에 영향을 미치는 주요 요인으로 고려하고 있음.
- 이처럼 보건학에서는 건강을 모든 사람들의 후생을 증진시키는 궁극적 목표로 이해하고 있으나, 경제학에서 건강은 생산성의 결정요인으로 이해하고 신장장이론 또는 인적자본이론(human capital theory)의 틀에서 주로 거시적으로 취급되어 왔음(Ranis et al., 2000; 김창오, 2019, p. 48 재인용).
  - 개인은 초기 건강자본 스톡(the initial stock of health capital)을 일종의 유산으로 가지고 태어나는데 일반적으로 연령이 증가하면서 스톡은 감소하지만 투자를 통해 스톡의 감소를 지연시키거나 가속화시킬 수 있음(Grossman, 1972, pp. 223-224; 김수진 외, 2018, p. 19 재인용).
- 이처럼 노동과 건강은 관점에 따라 원인과 결과로 나뉘면서도 각각에 대한 연구가 활발히 이뤄지고 있을 정도로 그 관계는 긴밀하며 동시성(Simultaneity)을 가지고 있음(양동욱, 2020, p. 26).
  - 본 절에서는 노동과 건강과의 관련성을 다룬 기존의 연구들을 다차원적 관점에서 탐색하여 노동과 건강의 역학적 관계를 정리하고자 함.

### 1) 건강결정요인으로 노동의 영향

- Dahlgren과 Whitehead(1991)의 모형에 의하면, 근로조건은 생활조건과 함께 사회 및 지역 사회의 네트워크와 개인의 생활습관 요인을 거쳐서 개인의 건강에 영향을 미치고 있음(김동진 외, 2013, pp. 79-80).
  - 이 모형은 일반적인 사회·경제적·문화적·환경적 조건 하에서 농업과 식량생산, 교육, 근로환경, 실업, 위생, 보건의료서비스, 주거를 포함하는 생활 및 근로조건이 사회 및 지역사회

회의 네트워크와 개인의 생활습관 요인을 거쳐서 개인의 건강에 영향을 미치고 있음을 보여 줌(김동진 외, 2013, pp. 79-80).

[그림 2-3-7] Dahlgren & Whitehead(1991)의 모형

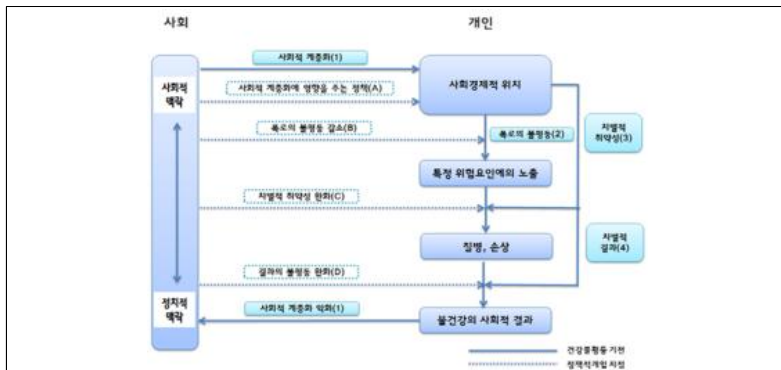


자료: Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies.

□ Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모형에서 노동시장은 사회적 환경에 포함되어 교육체계, 정치제도, 기타 사회문화적 가치들과 함께 사회적 맥락을 이루는 요소로 작용함.

○ 나아가 사회적 맥락은 사회적 계층화를 야기하고 사회적 계층화는 개인들에게 차별적인 사회적 위치를 부여하게 되는데, 이 때 사회적 계층화의 지표로 소득, 학력 등과 함께 직업이 포함됨.

[그림 2-3-8] Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모형

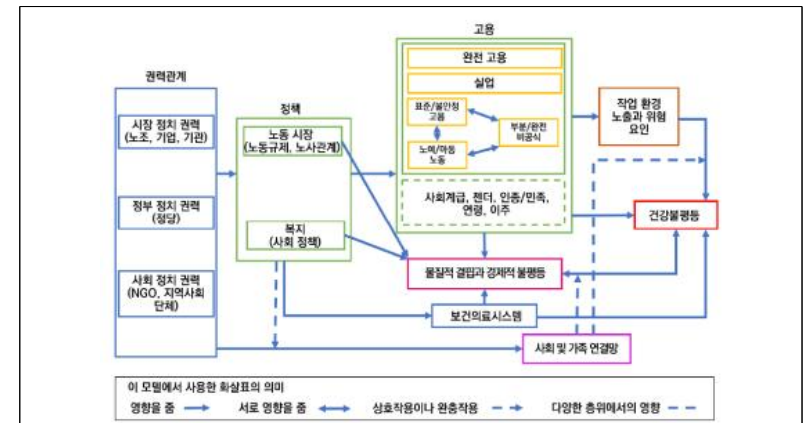


자료: Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998). : 김동진 외, 2014, p.33; 김동진 외, 2016, p.18. 재인용

□ 세계보건기구(World Health Organization) 건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health) 산하 고용조건 네트워크(Employment Conditions Network, EMCONET)에서는 노동자 건강불평등 발생 기전 모형을 제시했는데, 이 중 건강 불평등에 영향을 미치는 고용조건을 네 가지 유형으로 구분한 바 있음(정연 외, 2020, pp. 25-26).

- 첫 번째 고용 유형은 불안정 및 비정규(nonstandard) 노동임. 이들의 고용 상태와 유해한 작업환경은 건강에 부정적인 영향을 끼치고, 직업 불안정성은 정신건강에 악영향을 미침.
- 두 번째 유형은 실업으로, 실업은 첫 번째 유형인 불안정 노동의 가장 극단적 형태라 볼 수 있음. 특히 실업자의 사회적 고립은 정신건강에 부정적 영향을 미침.
- 세 번째 고용 유형은 '비공식' 노동으로, 노력-보상의 불균형 심화, 폭력과 성희롱, 차별에 대한 노출 등을 통해 신체적, 정신적 건강에 영향을 미침.
- 마지막 유형은 '강제/노예' 노동과 아동노동인데 착취적 고용관계로 인한 영양부족, 위험한 근무환경, 사회적 고립, 의료서비스 접근성 제약 등이 문제가 됨.

[그림 2-3-9] EMCONET의 건강불평등 거시 단계 이론적 모형



자료: 정연 외, 2020, p.23 재인용

□ 이처럼 노동이 건강에 미치는 영향은 유해한 노동환경이나 노동조건, 고용의 불안정성, 실업, 그리고 임금 등 사회경제적 요인을 통한 영향 등 다차원적으로 나타낼 수 있음.

○ 세계보건기구 건강의 사회적결정요인 위원회(World Health Organization Commission on Determinants of Health)에서도 “공정한 고용조건(fair employment)과 괜찮은 일



자리(decent work)를 건강불평등 완화를 위한 핵심정책 목표로 제시한 바 있음(WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008; 정연 외, 2020, p.11 재인용).

□ 노동이 건강에 미치는 영향을 다룬 연구들은 또한 주로 고용형태, 근로조건, 그리고 그 외 사회 경제적 측면에서 분석한 연구들로 나눌 수 있음(정연 외, 2020, p.51).

○ 노동과 건강의 상관관계를 분석한 연구들에서 자료원으로는 노동에 관한 다양한 변수를 포괄하는 한국노동패널조사와 한국근로환경조사가 주로 사용되었고, 고용형태와 직업, 사회 경제적 수준, 건강 변수를 다양하게 활용할 수 있는 국민건강영양조사, 한국복지패널, 한국 의료패널 등이 사용되었음(정연 외, 2020, p.51).

□ 고용형태(상태)는 노동자가 처한 상황을 설명하는 주요 축으로서, 고용형태에 따른 건강불평등, 건강 격차에 대해 다수의 연구가 이루어졌음(박진욱, 한운정, 김승섭, 2007; Kim et al., 2008; Jung, Y., Oh, J., Huh, S., & Kawachi, I., 2013; Min et al., 2013; 선요한, 박지용, 노명숙, 정해웅, 2015; 박주영 외, 2016; Kwon, K., Park, J.B., Lee, K.J., & Cho, Y.S., 2016; 박찬임 외, 2017; 변급선, 이혜원, 2018; 정연 외, 2020, p.52 재인용).

○ 기존 연구들에서는 고용형태를 조사·연구 당시의 고정된 상태나 과거 대비 현재의 동태적 변화로 측정하였고(박진욱, 정민수, 2008; 박세홍 외, 2009), 고용형태와 고용 여부를 함께 고려해 고용안정성을 평가하기도 했음. 또한 간접고용이나 특수고용 등 취약한 고용관계에 놓인 노동자의 건강 문제에 대해서도 연구(Min et al., 2013; 박찬임 외, 2015)가 이루어졌음(정연 외, 2020, p.52).

□ 노동이 건강에 미치는 영향에 대한 연구 중 최근에는 고용조건에 주목하는 연구가 많이 증가하였는데 이는 경제위기 이후 가속화된 노동의 유연화와 비정규 일자리의 증가 등 노동시장의 고용불안정성 증가와 관련 있음(서정희, 2015, p.5; 정연 외, 2020, p.42).

○ 고용불안정은 고용형태, 근로제공 방식, 근로시간 등 고용조건과 관련된 불안정성을 의미하며, 정규 고용지위가 아닌 비정규 고용지위에 해당하는 각 고용형태들은 대체로 고용불안정 요소를 내포하고 있음.

□ 노동 과정에서 노출되는 물리적·화학적·인체공학적·심리사회적 위해요인은 상해, 질병, 스트레스 반응의 원인이 됨(EMCONET, 2007, pp. 80-81; 정혜주, Muntaner C., 2011, p. 253; 정연 외, 2020, p.57 재인용).

○ 그러나 자료의 제약 등으로 인해 근로조건의 건강 영향을 파악하는 데 어려움이 있어 근로 조건에 대한 조사와 연구가 드물었는데, 2000년대 전후로 시작된 한국노동패널조사, 근로 환경조사 등을 활용한 연구가 다수 발표되고 있음(정연 외, 2020, p.57).

○ 기존 연구들에서 근로조건을 장시간 노동(박선영, 2017; 유혜림, 2018; 박찬임 외, 2017), 실제노동시간과 선호노동시간의 불일치(이용관, 2015), 직무요구도나 직무적합도(정윤경, 2016), 조직 내 분위기(정윤경, 2016; 박선영, 2017), 고용의 질(유정원, 송인한, 2016) 등으로 정의하고 있음(정연 외, 2020, pp.60-61 재인용).

## 2) 생산성 결정요인으로서 건강의 영향

□ 노동경제학이나 인적자본 이론에서는 건강을 개인의 경제활동에 영향을 미치는 중요한 요인으로 간주함(Grossman, 1972, pp. 223-224; Becker, 1975, pp.40-41; 김수진 외, 2018, p.12 재인용).

○ 건강은 곧 생산성으로 연결되어 건강이 좋은 사람은 더 많은 재화와 서비스를 생산함으로써 개인과 가계는 더 높은 소득을 갖게 되고, 반대로 건강하지 않다는 것은 낮은 생산성을 의미함.  
- 이 때문에 다른 조건이 동일하다면, 건강하지 못한 개인은 임금이 낮은 일자리를 구하게 되거나 실업상태에 놓일 가능성이 높아짐(이덕희, 김창엽, 2003, pp. 2-4; 김수진 외, 2018, p.12 재인용).

○ 이러한 논리는 사회 경제적 환경이 개인의 건강 수준에 영향을 미친다는 건강불평등 이론과 반대되는 입장임. 즉, 노동시장 지위나 소득 수준에 따른 건강 수준의 차이는 사회경제적 특성이 건강에 영향을 미치는 것이 아니라 건강이 안 좋고 생산성이 낮아서 사회경제적 수준도 낮아진다는 주장임(김수진 외, 2018, p.12)

□ 우리나라에서 개인의 건강상태가 노동공급과 임금에 미치는 영향을 실증적으로 분석한 연구는 한국노동패널 4차년도(2001)의 부가조사로 '건강 및 은퇴에 관한 조사'가 실시되면서 노동경제학 차원의 접근이 시작되었음(이승렬, 2007, p.16).

○ 안주협(2003)은 건강상태가 경제활동 참가를 높이는 동시에 임금에도 긍정적인 영향을 미친다는 사실을 확인하였음.

○ 김학주(2006)는 교육수준 등의 요인보다 건강상태가 가계소득이나 고용을 결정하는 변수로 더 중요함을 역설하고 있음.

□ 이와 같은 연구들은 개인의 건강상태와 노동시장 참여나 임금수준과의 상관관계를 분석함으로써 근로자의 건강수준이 높을수록 경제활동 참가에 긍정적 영향을 미친다는 결론을 도출하고 있으나, 한편으로는 건강이 노동공급에 미치는 효과의 불확실성에 대한 논의도 있음(이승렬, 2007, pp.46-47).

○ 질병이 발생한 경우 회복을 위하여 입원이나 요양을 하게 됨으로써 노동공급의 단절이 발생

하게 되거나 혹은 적어도 노동시간의 감소가 수반하기도 함. 따라서 건강상태의 악화는 노동공급 중단이나 노동시간 감소로 귀결될 수 있음.

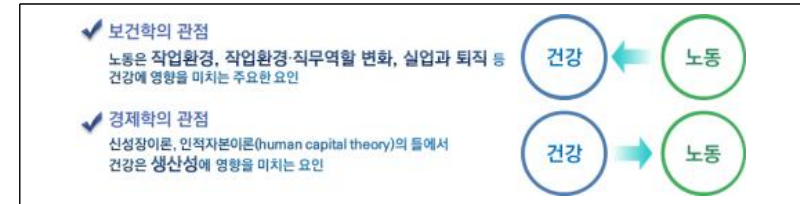
- 그러나 가구원 중 홀로 생계를 담당하는 경우 질병 발생 이후에도 치료를 지연하면서 경제활동을 계속 유지하는 경우도 있음.

- 가구가 질병으로 인한 노동공급 중단으로 소득의 감소가 예상되는 경우에 배우자나 다른 가구원의 노동공급이 증가하는 부가노동자효과(added worker effect)가 나타나기도 함.
- 이와는 반대로 가구주에게 질병이 발생할 경우 가구주를 간병할 필요가 있고, 간병에 드는 비용이 노동공급 증가로 얻는 수익을 초과한다면 노동공급보다는 간병에 시간을 투입하는 간병인 효과(caregiver effect)가 나타나기도 함(이승렬, 2007, p.47).

### 3) 건강과 노동의 이중 인과 관계

- 건강이 노동에 영향을 미친다는 입장과 노동이 건강에 영향을 미친다는 입장의 두 가지 관점은 흔히 서로 대립되어 이용되지만 현실에서는 둘 중 하나의 이론만이 작용한다고 말하기는 어렵고(김수진 외, 2018, pp.20-21), 두 가지 변수 사이의 상관관계를 실증적으로 밝혀내는 것 또한 상당한 어려움이 따름.
- 건강하지 않기 때문에 노동시장의 지위가 불안정해지고 경제적으로 빈곤해지기도 하지만, 반대로 가난이나 열악한 노동환경으로 인해 질병의 위험에 노출될 가능성이 더 커지기도 함.
- 동일한 건강위험에 노출되더라도 이에 대한 대응 자원이 부족한 경우 건강상의 문제를 경험할 가능성이 더 커질 수 있음. 즉, 질병과 경제적 지위 간의 관계는 동태적이고 복합적으로 작용하며, 이는 때로 시간적 선후관계를 밝히기 어렵게 만드는 원인이 됨(김수진 외, 2018, p.21).
- 이처럼 건강상태가 소득, 경제활동 참가 등 경제적 성과에 유의하게 영향을 미치는 요인임은 잘 알려져 있으나, 건강상태와 경제적 성과는 상호간에 영향을 미치는 요인이므로 인과 관계(casual effect)가 일률적이지 않음(권정현, 2018, p.33).
- 이덕희와 김창엽(2003)은 1998-2001년 한국노동패널자료를 이용하여 건강상태와 노동시장 성과를 "이중인과 관계"로 보고 건강과 노동의 관계를 실증적으로 분석함.
- 경제위기시기에 건강취약계층이 노동시장에서 경험한 어려움을 살펴보고, 다른 한편으로는 노동시장에서의 어려움이 그 이후 건강상태에 미친 영향을 분석하였음.

[그림 2-3-10] 건강과 노동의 이중 인과 관계



### 나. 건강충격의 경제적 영향

#### 1) 개요

- 보건학에서 건강은 모든 사람들의 후생을 증진시키는 궁극적 목표로 이해되었고, 따라서 노동이 건강에 미치는 영향이나 그 인과성을 규명하는 연구들이 보다 활발히 수행되었음(김창오, 2019, p.48).
- 다만, 건강이나 질병이 개인이나 가구의 경제상태(빈곤)에 미치는 영향이나 인과성에 대해서는 비교적 최근에서야 시작되었음. 서구 선진 국가에서 의료빈곤화는 주로 건강상태의 변화가 고령자의 임금 또는 은퇴에 미치는 영향과 관련하여 연구되었음.
- 질병발생의 경제적 영향은 단기적으로 끝나지 않고 중장기적으로 고용상태, 임금과 소득에 영향을 미치고 궁극적으로는 가구의 빈곤화를 야기함(김수진 외, 2018, p.12).
- 이는 질병발생으로 인한 부담을 줄이기 위해 조기에 적절한 치료를 통해 건강을 회복할 수 있도록 의료서비스에 대한 보장수준을 높이는 것과 함께 더 나아가 질병이 야기하는 소득상실에 대해서도 관심이 필요함을 시사하며(김수진 외, 2018, p.12), 이와 같은 관점에서 선행연구들은 대체로 질병발생의 경제적 영향과 함께 빈곤화에 대응하는 방식에 까지 학술적 관심이 이어지고 있음.
- 건강충격의 경제적 영향을 분석하는 연구들은 대체로 질병으로 인한 빈곤화에 영향을 미치는 두 가지 경로 즉, 질병이 경제활동(노동)에 미치는 영향과 질병으로 인한 의료비 지출 증가와 과부담 의료비 발생, 그리고 각각의 경로에 의해 발생가능한 가구 빈곤화에 대응하는 방식을 연구의 주제로 삼고 있음.
- 특히, 노동은 질병발생으로 인한 개인 혹은 가구의 빈곤화를 가속화시키는 원인 중의 하나로 질병발생으로 인한 노동상실 과정을 살펴보는 것은 정책적으로 의미가 큼.

[그림 2-3-11] 건강 충격의 경제적 영향



주: 붉은 색 테두리는 본 연구의 범위에 해당하는 영역을 나타냄.

자료: Alam & Mahal. (2014). p. 3의 모형 수정: 김수진 외, 2018. p.11. 일부 수정

□ 본 절에서는 상병수당의 필요성을 재확인하고 우리나라에서의 상병수당 도입의 근거 마련을 목적으로 건강충격의 경제적 영향 중 건강충격이 경제활동과 경제 상태에 미치는 영향을 중심으로 기존 연구들을 정리하고자 함.

## 2) 건강충격이 경제활동 감소와 소득상실에 미치는 영향

□ 인적자본의 관점에서 건강상태가 좋은 개인은 생산성이 높고 그로 인해 높은 임금을 받을 수 있음. 동시에 높은 임금을 받는 개인은 이를 다시 건강을 비롯한 인적자본에 투자하여 축적된 건강자본을 증가시킬 수도 있음(양동욱, 2020, p.27).

○ 이처럼 건강과 노동공급 및 소득의 관계는 동시성을 갖고 있어 각각의 영향을 인과적인 효과로 추정하는 것은 쉽지 않음.

□ 최근에는 건강충격과 노동공급 간 내생성 문제를 해결하고 건강충격으로 인한 노동공급의 변화 및 소득 변화를 분석하고자 하는 시도들이 국내연구에서도 이루어지고 있음(김윤희, 2010; 김대환, 강성호, 2015; 홍기명, 2016; 권정현, 2018; 김수진 외, 2018; 양동욱, 2020).

○ 이러한 연구들은 내생성 문제에 대한 대응으로 외생적인 건강 충격을 정의하고 실험 또는 준실험적 방법으로 건강충격으로 인한 효과만을 측정하려는 노력을 시도하고 있음(Riphahn, 1999; Gertler & Gruber, 2002; Dobkin et al., 2018; 권정현, 2018. p.33 재인용).

○ 우선 건강충격이 발생한 집단(처리군)과 그렇지 않은 집단(대조군) 사이의 효과를 비교하여 건강충격의 영향을 평가하기 위해 이중차이(Difference in Difference) 분석을 실시하거나(권정현, 2018; 김수진 외, 2018), 전통적인 두 집단 두 시점의 이중차분모형이 아닌 이를 일반화한 일반화 이중차분모형(Generalized DID)을 사용하기도 함(양동욱, 2020).

- 이 외 패널데이터 분석을 위한 고정효과모형(김대환, 강성호, 2015), 일반화추정모형(Generalized Estimating Equations)(홍기명, 2016), 이중허들모형(김윤희, 2010), 임의효과 패널프로빗(이승렬, 2007) 등도 활용됨.

○ 또한, 관측 자료에서 추정된 건강충격의 효과가 개인의 특성에 따른 효과와 혼재되어 나타나는 것을 통제하기 위해 처리군과 대조군을 구성하는 매칭(matching) 방법을 사용한 연구(홍기명, 2016; 권정현, 2018; 김수진 외, 2018; 양동욱, 2020)들도 점차 늘어남.

○ 경제활동에 대한 건강충격의 영향을 연구한 초기 연구는 건강 충격을 주관적 건강상태(이승렬, 2007; 김윤희, 2010), 또는 기존에 보유하고 있던 만성질환 등(이승렬, 2007; 김윤희, 2010)으로 정의하여 건강상태와 노동공급 결정 간 내생성을 내포하는 한계가 있었음(권정현, 2018, p.34),

- 그러나 최근의 연구는 건강충격과 경제활동 간의 내생성 문제를 보완하기 위해 다양한 외생적 건강상태 변화를 정의하기 시작하였고, 이에 따라 건강충격을 암, 심장질환, 뇌혈관질환 등 중증질환으로 정의하거나(김수진 외, 2018; 양동욱, 2020; 김대환, 강성호, 2015), 입원 등 비교적 강도 높은 의료이용으로 정의(김수진 외, 2018; 권정현, 2018)하기도 함.

• 예를 들어, 상급종합병원이나 종합병원 입원으로 정의하거나 장기간의 입원으로 정의하는 경우도 있었으며, 중증질환과 의료이용(입원, 외래)의 복합적 정의를 시도한 경우도 있음.

○ 최근 연구들의 연구모형이 보다 정교해지고 다양하게 시도될 수 있었던 이유 중 하나는 관련 데이터들이 제공하는 정보가 보다 다양해지고 정확해지고 있기 때문이기도 함.

- 초기의 연구들은 한국노동패널(이승렬, 2007; 김윤희, 2010)을 이용하였고, 이후에는 한국의료패널(김대환, 강성호, 2015; 홍기명, 2016; 권정현, 2018; 김수진 외, 2018; 양동욱, 2020)이 주를 이루고 있음. 이 외에 분석대상자의 특성에 따라 국민노후보장패널(강동욱, 2010)이나 한국고령화패널(함선유, 2016)을 활용한 연구도 있음.

□ 이상과 같이 건강충격이 경제활동 감소와 소득상실에 미치는 영향을 다룬 연구결과들은 대다수가 패널데이터와 통계적 기법을 활용한 양적 분석을 기반으로 하고 있으나, 질적 연구 방법을 활용한 연구 결과(이승윤, 김기태, 2017; 김수진 외, 2018)도 참고할만함.

○ 양적 자료 분석이 수치를 통해 현상을 일반화하는데 유용하다면 질적 자료 분석은 개인이 경험한 다양한 맥락 속에서 현상을 보다 잘 이해하는 데 도움을 줌(김수진 외, 2018, p.148).

□ 이상에서 소개한 개별 연구들에 대한 주요 연구결과를 요약하면 다음과 같음.

○ 이승렬(2007)은 한국노동패널(2002~2005)을 이용하여 건강상태와 노동공급 변화의 상관성에 대한 분석을 실시함.

- 주관적 건강수준이 나쁜 남성노동자는 노동공급을 중단할 가능성이 높은 것으로 나타남. 맞벌이 부부의 경우 남성노동자는 배우자의 주관적 건강이 좋지 않을 때 미취업상태로 전환할 가능성이 낮았음.

- 건강충격을 질환유무로 정의할 경우, 남성노동자는 배우자가 없는 경우 노동시간을 줄이는 경향이 있었음..
- 김윤희(2010)의 연구는 한국노동패널자료를 이용하여 건강문제가 가구의 지출과 소득, 자산과 부채수준에 미치는 영향을 분석하였음. 이때 건강은 주관적 건강상태, 만성질환 경험으로 정의하였음.
  - 가구주의 주관적 건강상태가 좋지 못할 경우 근로소득은 30대 미만 가구주가 아픈 경우를 제외하고 감소하는 것으로 나타났고, 가구주가 만성질환 경험에 있을 경우 또한 근로소득이 감소하는 것으로 나타남.
- 강동욱(2010)은 질병이나 장애 발생 후 중고령자의 경제적 지위에 어떤 영향을 미치는지 규명하기 위해 국민노후보장패널자료(2005~2009)를 사용하여 분석을 실시함.
  - 이 연구에서 건강충격은 질병이나 장애 발생 여부로 정의하였고, 경제적 지위는 가구소득으로 정의하였음.
  - 연구결과 질병이나 장애는 노동공급 중단이나 질병비용을 발생시켜 당사자의 경제적 지위를 악화시킬 것이라는 처음의 예상과 달리 실제로는 중고령자의 경제적 지위에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 못하는 못했는데, 이는 사전이전소득, 연령 및 단기분석의 효과 때문인 것으로 해석하였음.
- 김대환, 강성호(2015)의 연구는 중증질환 발생 이후 소득의 변화와 근로활동 변화에 대해 분석하였음. 실증분석에 활용된 자료는 2008~2011년 한국의료패널자료이며, 건강충격은 '암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환 발생'으로 정의하였음(김대환, 강성호, 2015, pp.46-47).
  - 2008년 기준으로 중증질환이 발생한 이후 소득의 변화를 분석한 결과, 중증질환 발생 이후 소득이 29.3~45.1% 감소한 것으로 분석되었음.
  - 또한, 중증질환이 발생한 이후 근로를 지속할 승산(odds ratio)이 0.221~0.510로 나타나 중증질환 발생 이후 대다수가 근로활동이 중단되는 것으로 나타났음.
- 홍기명(2016)은 2008~2011년 한국의료패널자료를 활용하여 건강충격으로 인한 가구소득 변화와 근로상태 변화를 파악하였음. 이때, 건강충격은 4대 중증질환(암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성 질환)으로 정의하였음.
  - 성향점수매칭(propensity score matching)을 통해 4대 중증질환군과 비질환군의 가구 총소득, 가구 균등화소득, 근로상태인 직업유지율의 변화 등을 연도별로 종단비교를 하였음.
  - 2009년을 기준으로 중증질환 진단 이후 전체와 남자 그룹에서 시간이 갈수록 직업을 유

- 지하는 대상자의 비율이 통계적으로 유의미하게 낮아지는 경향이 있음. 또한, 중증질환 진단 이후 남자, 유직자 남자, 유직자 여자 그룹에서 소득이 정체 또는 감소하였음.
- 유직자 남자와 유직자 여자 그룹의 질환군에서 소득이 감소한 결과와 반대로 무직자 남자 그룹에서는 소득이 유의미하게 증가하였는데, 이 때 소득이 가구소득이라는 점에서 부가노동자 효과(added worker effect)로 추정할 수 있음.
- 함선유(2016)는 한국고령화패널자료(1~5차)를 이용하여 고령자의 건강문제가 부부의 노동공급 미치는 영향을 분석하였음.
  - 건강문제는 최근2년간 새롭게 진단받은 암, 뇌혈관질환, 낙상사고 등 11개 질병 및 사고와 ADL 지수의 변화로 정의하였음.
  - 분석결과 암, 뇌혈관질환, 심장질환과 같은 중증질환은 본인의 노동 공급을 유의하게 줄이는 요인으로 나타남.
- 권정현(2018)은 2008~2015년 한국의료패널자료를 이용하여 건강충격이 의료비지출, 근로소득 및 노동시장 참가 상태 변화에 미치는 효과를 분석하였음. 이 때 건강충격은 '상급종합병원이나 종합병원에 3일 이상 입원<sup>31)</sup>'한 경우로 정의하였음(권정현, 2018, pp.34-36).
  - 병원 입원은 중증질환 발생보다 더 많은 사례를 확인할 수 있어 실증분석에 사용하기 용이하고, 높은 수준의 의료비 지출을 유발하며 객관적 지표라는 측면에서 건강 충격이 가져오는 경제적 효과를 측정할 수 있음.
  - 자료 분석결과 건강 충격이 의료비 지출에 미치는 영향은 단기에 그치는 것에 반해 고용에 미치는 영향은 일정 기간 지속되었음. 전일제 근로확률은 입원 발생 당해 연도에 11% 감소하고 그 이듬해에는 약 14% 감소하는 것으로 나타나 건강충격으로 인한 경제활동 변화는 발생 당해 연도보다 그 다음해에 더 크게 나타났음.
  - 인구집단별로 건강 충격 이후 전일제 근로확률이 서로 다르게 나타났음. 예를 들어, 여성의 경우 건강 충격 발생 이후 지속적으로 전일제 근로 참가율이 감소하나 남성은 입원 1년 후까지만 유의하게 감소하는 것으로 나타나며, 감소 정도 역시 여성에 비해 낮았음. 연령별로는 연령 수준이 높을수록 건강 충격 발생 이후 전일제 근로를 그만둘 가능성이 높았음. 교육수준별로는 중졸 이하 학력에서 건강 충격 이후 전일제 근로에서 이탈할 가능성이 매우 높았음(권정현, 2018, pp.49-50).
  - 개인 근로소득 역시 입원 발생 당해 연도부터 입원 발생 2년 후까지 지속적으로 유의하게 감소하였음.

31) 임신·출산으로 인한 입원은 예상 가능하면서 건강상태의 악화와는 다른 이유로 노동공급에 영향을 미치는 입원 사건이므로 분석에서 제외함(권정현, 2018, p.36).

- 입원 발생 당해 연도에는 건강 충격을 경험하지 않은 대조군에 비해 소득이 23.6% 감소하고 1년 후에는 42.4% 감소하는 것으로 나타났음.
  - 건강 충격 발생 이전에 종사하던 일자리의 특성은 이후 개인의 일자리 상태 변화와 유의한 관계를 보여, 건강충격 이전 일자리의 임금 소득 수준이 높을수록 건강 충격 이후에도 건강 문제로 인한 경제활동 변화가 발생할 확률이 감소하는 것으로 나타났음.
  - 근로 형태가 상대적으로 불안정한 임시직, 일용직 등 비정규직은 건강 충격이 발생했을 때 건강 충격 발생 이전의 일자리에서 이탈할 가능성이 유의하게 높아졌으며, 동일한 비정규직이라도 대규모 사업장에 근로하는 비정규직과 영세 사업장 또는 중간규모 사업장 근로 비정규직 간에 차이가 나타났음.
- 김수진 외(2018)의 연구는 질병으로 인한 가구의 경제활동과 경제상태 변화, 그리고 그에 대한 대응 양상을 종합적으로 분석한 최초의 연구라고 할 수 있음.
- 김수진 외(2018)는 건강충격으로 인한 개인·가구의 경제활동·경제상태 변화를 측정하기 위해 한국의료패널자료(2008~2016년)와 국민건강보험공단의 직장여성코호트자료를 보완적으로 활용하였음.
  - 한국의료패널자료는 건강충격을 정의할 수 있는 변수와 개인 및 가구의 경제상태에 관한 정보가 많다는 것, 국민건강보험공단 직장여성코호트자료는 관측치가 많고 직장규모별, 업종별 분석이 가능하다는 것이 장점임.
  - 본 연구에서는 건강충격을 두 가지로 나누어 정의하였는데, 첫 번째는 '암, 심뇌혈관계 질환'과 같은 중증질환 발생으로 정의하였고, 두 번째는 '15일 이상의 입원'으로 정의하였음.
  - 건강충격을 중증질환 발생으로 정의하여 개인단위 분석을 실시한 결과, 건강충격을 경험한 집단에서는 경제활동 참여율과 개인소득은 감소하였으며, 이후 저임금을 받을 확률이 유의하게 증가하였음.
  - 중증질환이 발생한 해에 중증질환군에서 경제활동 참여율은 비중증질환군에 비해 감소하였고( $p=0.06$ ), 3년 차 이후 다시 소폭 감소하는 경향을 보였음.
  - 중증질환군은 중증질환을 진단받은 해에 개인소득이 감소했고( $p=0.04$ ) 그 다음해에도 중증질환을 진단받기 전보다 낮은 수준을 유지하였음( $p=0.001$ ).
  - 중증질환 진단 3년 차에 최저임금 기준 이하로 소득이 낮아질 확률이 중증질환 진단 이전에 비해 유의하게 증가하였음( $p=0.049$ ).
  - 건강충격을 입원경험으로 정의하여 개인단위 분석을 실시한 결과, 입원 시점을 기점으로 경제활동 추이와 개인소득은 입원 시점에서 유의하게 낮아졌음. 입원 시점에서 저임금 발생률이 증가하였으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었음.

- 입원연도에 경제활동 참여율이 감소하였으나, 1년 후에는 회복되는 양상을 보이면서 3차 연도에 비입원군과 유사한 수준으로 회복됨. 여성의 경우 입원연도에 비입원군과 비입원군의 차이가 유의하게 나타났음( $p=0.09$ ).
- 개인소득은 입원 시점을 기준으로 입원을 경험한 집단의 소득이 비입원군에 비해 감소하였고( $p=0.001$ ), 이후 2년 차부터 회복되는 양상을 보였음. 특히, 여성의 경우 입원 연도에 유의하게 개인소득이 낮아졌음( $p=0.002$ ).
- 입원경험 유무별 저임금 비율은 입원 발생 전까지는 비입원군과 입원군에서 저임금 비율이 비슷하였으나, 입원 연도에 입원군에서 저임금 발생률이 증가하였고, 1년 후 부터는 감소하였음.
- 건강보험 직장여성코호트 자료를 분석한 결과 중증질환 발생이후 개인의 경제활동 참여율은 감소하지만 업종이나 사업장 규모에 따라 그 정도는 다른 것으로 나타났음.
- 30인 미만 사업장에서 일하는 여성의 경제활동 참여율은 질병 발생 첫해에 급격히 낮아지는 것으로 나타났으나, 반면 300인 이상 사업장에서 일하는 여성의 경제활동 참여율은 완만하게 감소하였음.

○ 양동욱(2020)의 연구 또한 건강충격으로 인한 경제활동과 경제상태 변화, 그리고 그에 대한 가구의 대응 양상을 종합적으로 분석하였음.

- 본 연구에서는 건강충격을 질환+의료이용량 조건의 두 가지를 모두 만족하는 경우로 정의하였는데 구체적으로 중증질환(암, 심장질환, 뇌혈관질환)으로 처음 의료이용을 한 날로부터 12개월 이내 해당 중증질환으로 외래방문 4회 이상 또는 입원 1회 이상인 경우로 정의하였음.
- 건강충격의 발생은 개인의 노동공급과 근로소득에 지속적인 영향을 주는 것으로 나타났음.
- 건강충격을 경험한 집단은 건강충격 발생 이전에 비해 건강충격 발생 시점에서 대조군에 비해 노동공급 확률이 8%p가 더 낮았음. 건강충격 발생 1년 후에는 그 차이가 10.8%p로 더 커졌다가 발생 2년 후에는 그 차이가 9.3%p로 조금 줄어들었음.
- 대조군에 비해 건강충격을 경험한 집단의 개인근로소득은 건강충격 발생시점에서는 135%, 1년 후에는 216%, 2년 후에는 155%가 더 감소하였음. 그러나 해당 연도에 6개월 이상 일한 사람만을 대상으로 개인 근로소득의 변화를 분석하면 그 효과 크기가 매우 감소하고 통계적 유의성도 모두 사라져서 건강충격이 개인근로소득에 미치는 영향은 대부분 노동공급을 중단하는 데서 발생하는 것으로 생각할 수 있음.
- 가구근로소득의 경우, 개인근로소득처럼 건강충격 발생 시점부터 발생 2년 후 시점까지 처리군과 대조군 사이에 유의한 차이가 있었는데, 대조군에 비해 처리군의 가구근로소득은 30~40% 정도 더 낮았음.

〈표 2-3-2〉건강충격으로 인한 경제활동 감소 및 소득상실 관련 양적 연구 요약

저자	연도	자료원(분석기간)	건강충격 정의	주요 연구 결과
이승렬	2007	한국노동패널 (2002~2005)	주관적 건강상태, 질환 유무	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 만성질환을 보유한 경우, 배우자가 없는 남성노동자는 미취업상태가 되는 경향이 있으나, 배우자가 있는 남성노동자는 질환보유가 노동공급 변화에 영향을 미치지 않음.</li> <li>- 미취업 상태인 여성의 경우, 남성 배우자의 건강상태가 좋지 않을 때(주관적 건강, 급성질환) 취업상태로 전환하는 성향을 보임.</li> <li>- 자신의 주관적 건강이 나쁜 남성노동자는 노동시간을 줄이나, 여성 배우자의 주관적 건강이 좋지 않을 때는 노동시간이 길어짐.</li> <li>- 배우자가 없는 경우 자신이 만성질환 이환시 남성노동자는 노동시간을 줄이나, 배우자가 있는 경우 노동시간의 변화가 없음.</li> </ul>
김윤희	2010	한국노동패널 (2004~2005)	주관적 건강상태, 만성질환 경험	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주관적 건강상태를 기준으로 근로소득은 30대 미만 가구주가 아픈 경우를 제외하고 감소하는 것으로 나타남.</li> <li>- 만성질환 경험을 기준으로 근로소득은 건강문제가 있을 경우 감소하는 것으로 나타남.</li> </ul>
강동욱	2010	국민노후보장패널 (2005~2009)	질병, 장애 유무	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 질병이나 장애는 노동공급 중단이나 질병비용을 발생시켜 당사자의 경제적 지위를 악화시킬 것이라는 처음의 예상과 달리 실제로는 중고령자의 경제적 지위에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 않는 듯함.</li> <li>- 이는 사전이전소득, 연령 및 단기분석의 효과 때문인 것으로 판단됨.</li> </ul>
김대환, 강성호	2015	한국의료패널 (2008~2011)	중증질환(암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 중증질환 발생 이후 소득이 36.1% 감소함.</li> <li>- 중증질환이 발생한 이후 근로를 지속할 가능성이 낮음(Odds Ratio 0.392).</li> <li>- 질환별로는 암(OR=0.510)보다 뇌혈관질환 (OR=0.221) 및 심장질환자 (OR=0.360)의 근로활동 중단 가능성이 더 높음</li> </ul>
홍기명	2016	한국의료패널 (2008~2011)	중증질환(암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 중증질환 진단 이후 전체와 남자 그룹에서 해가 갈수록 직업을 유지하는 대상자의 비율이 유의미하게 낮아짐</li> <li>- 중증질환 진단 이후 남자, 유직자 남자, 유직자 여자 그룹에서 소득이 정체 또는 감소하였음.</li> <li>- 무직자 남자 그룹에서는 질환 진단 이후 소득이 유의미하게 증가하였는데, 이는 부가노동자 효과로 추정됨</li> </ul>
함선유	2016	한국고령화패널	- 암, 뇌혈관질환, 낙상 등 11개 질병 및 사고 - ADL 지수 변화	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 암, 뇌혈관질환, 심장질환과 같은 중증질환은 본인의 노동공급을 유의하게 줄이는 요인으로 나타남.</li> </ul>
권정현	2018	한국의료패널 (2008~2015)	상급종합병원-종합병원 입원(3일 이상)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 전일제 근로자들은 입원 발생 당해 연도에 11% 감소하고 그 이듬해에는 약 14% 감소함. 인구집단별로는 여자, 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록 전일제 근로자들이 더 크게 감소하였음.</li> <li>- 입원 발생 당해 연도에는 건강 충격을 경험하지 않은 대조군에 비해 소득이 23.6% 감소하고 1년 후에는 42.4% 감소함.</li> <li>- 건강충격 발생 이전의 직업 안정성이 건강충격 발생 이후의 근로활동 변화에도 영향을 미치는 것으로 나타남.</li> </ul>
김수진 외	2018	한국의료패널 (2008~2016) 국민건강보험공단 직장여성코호트 (2007~2015)	- 중증질환(암, 심뇌혈관질환) - 입원(15일 이상)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 개인단위 분석결과 건강충격을 경험한 집단에서는 경제활동 참여율이 감소하였고(p=0.06), 소득 또한 유의하게 감소하는(p=0.04) 것으로 나타났음.</li> <li>- 가구단위 분석 결과 가구주가 중증질환이 발생했을 경우, 가구의 근로소득은 감소하였고(p=0.05) 빈곤율은 점차 증가하여 진단 3년 차에는 대조군에 비해 중증질환 진단 이후의 빈곤을 발생이 유의하게 높았음(p=0.01).</li> <li>- 건강보험 직장여성코호트 자료를 분석한 결과, 중증질환 발생이후 30인 미만 사업장에서 일하는 여성의 경제활동 참여율은 300인 이상 사업장에서 일하는 여성의 경제활동 참여율에 비해 급격하게 감소하였음.</li> </ul>

저자	연도	자료원(분석기간)	건강충격 정의	주요 연구 결과
양동욱	2020	한국의료패널 (2008~2016)	중증질환(암, 심장질환, 뇌혈관질환)으로 처음 의료이용을 한 날로부터 12개월 이내 해당 중증질환으로 외래방문 4회 이상 또는 입원 1회 이상인 경우	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강충격의 발생은 개인의 노동공급에 음의 효과를 보였음. 건강충격 발생 시점부터 대조군에 비해 노동공급 확률이 유의하게 더 낮았으며, 그에 따라 개인근로소득에도 음의 효과가 지속적으로 나타남.</li> <li>- 건강충격이 발생했거나 노동공급을 계속 유지하고 있는 사람만을 대상으로 분석할 경우에는 개인근로소득에 미치는 부정적인 영향의 크기가 감소하고 통계적 유의성도 사라져서 건강충격이 개인근로소득에 대한 부정적 영향은 노동시간 감소에 따른 것이라기보다는 노동공급을 중단하는데서 발생하는 것으로 추정할 수 있음.</li> <li>- 하위집단 분석 결과, 노동공급에 대해서는 남성보다 여성이 음의 효과가 더 컸고, 개인근로소득에 대해서는 여성보다 남성이 음의 효과가 더 컸음.</li> <li>- 가구 경제수준에 따라서는, 경제수준이 하에 속하는 가구의 경우 건강충격으로 인한 노동공급과 소득감소에 가장 취약함을 보였음.</li> </ul>

자료: 표 내용의 저자와 연도 참조

□ 우리나라에서 근로자에게 질병이 발생했을 경우 어떻게 종사상의 지위가 변화하고 고용불안정성을 경험하며 얼마나 소득이 감소하고 빈곤화되는 지에 대한 질적 연구는 이승윤, 김기태(2017), 김수진 외(2018)가 대표적인.

○ 이승윤, 김기태(2017)는 질병을 경험한 근로자가 휴직이나 퇴직으로 일터를 떠난 뒤, 노동시장에서의 지위변화를 매개로 하는 빈곤화 과정을 분석하였음.

- 근로자 개인이 다양한 이유로 인하여 질병을 경험하고 아픈 노동자가 되었을 때, 노동시장에서 종사상의 지위변화와 그에 따른 빈곤으로의 유입과정을 [그림 2-3-12]와 같이 도식화 함.

• 이승윤, 김기태(2017)는 상병으로 인한 근로자의 종사상 지위 변화와 그로 인한 개인 의 경제 상황변화를 크게 다섯 가지로 나누어 유형화하였음.

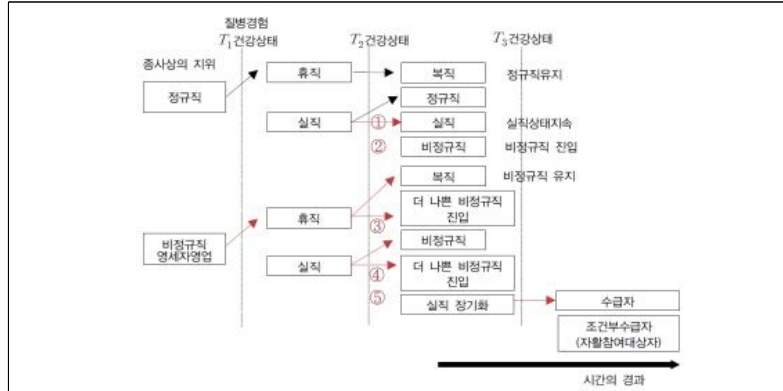
- 인터뷰 대상자들은 아파서 하던 일을 어떤 형태로든 중단하게 되는 경우, 모두 즉각적으로 급격한 소득 감소를 경험하였으며, 휴직제를 사용할 수 있는지의 여부는 노동시장에서의 종사상 지위로 인해 결정됨.

• 특히 불안정노동을 하는 비정규직 근로자들은 아프면 몸을 회복할 수 있는 휴직을 누릴 수 있는 여지가 없이 실직을 경험하게 됨. 그리고 아파서 실직을 경험하게 되어도 소득 감소분을 채우기 위해 더 불안정한 노동이라도 지속하는 경향이 있었음.

• 그 과정에서 가족 등 주변 사회적 자원이 무너지는 양상도 보이면서 빈곤화의 경로를 밟는 것이 관찰되었음.

• 인터뷰한 모든 대상자들은 소득이 보장되지 않으니 재화에 전념하기 보다는 최대한 빨리 일자리로 복귀하거나 단기 임시 일용직이라도 참여하고자 하였으며, 이 과정에 완치되지 않고 복직한 경우 일터에서 추가 사고가 발생하기도 하였고 어떤 경우는 건강이 더 악화되어 아예 근로능력이 완전히 상실된 경우도 있었음.

[그림 2-3-12] 건강상태와 종사상 지위 변화의 경로들



자료: 이승윤, 김기태, 2017, p.129.

〈표 2-3-3〉 건강충격으로 인한 경제활동 감소 및 소득상실 관련 질적 연구 요약

저자	연도	연구대상 및 방법	주요 연구 결과
이승윤, 김기태	2017	- 연구대상: (총13인) 아파서 휴직/퇴직을 경험한 노동자 9인, 전문가 4인 - 연구방법: 심층면담 - 면담기간: 2017.7.17.~9.12.	- 심층면담 내용을 바탕으로 질병을 경험한 노동자의 종사상 지위변화 경로를 도식화하였고, 상병으로 인한 노동자의 종사상 지위 변화와 그로 인한 개인의 경제 상황변화를 크게 다섯 가지로 나누어 유형화하였음. - 인터뷰 대상자들은 아파서 하던 일을 어떤 형태로든 중단하게 되는 경우, 모두 즉각적으로 급격한 소득 감소를 경험하였음. - 특히 불안정노동을 하는 비정규직 노동자들은 소득 감소분을 채우기 위해 더 불안정한 노동이라도 지속하는 경향이 있었음.
김수진 외	2018	- 연구대상: (총17인) 중증질환 경험에 있고, 발병당시 일하고 있었던 노동자 - 연구방법: 심층면담 - 면담기간: 2018.6.1.~9.22.	- 영세 자영업자나 비정규직 노동자는 가용 자원이 부족한 경우가 많아서 질병과 소득 상실이라는 위험에 더 취약함. - 일용직 노동자나 자영업자들은 아파서 병원에 가거나 쉬게 되면 바로 소득 손실로 이어지므로 대체로 아파도 참고 일하게 됨. - 건강상태가 악화되어 더 이상 업무를 지속할 수 없거나 질병의 치료를 위해 장기간의 휴가가 필요할 때 대부분의 노동자들은 실직의 위험에 직면하게 되며 특히, 비정규 일자리일수록 실직 위험이 더욱 컸음. - 회복 후 다시 일을 시작하려고 했을 때 돌아갈 수 있는 곳은 많지 않았으며, 그나마도 대부분은 저임금 일자리였음.

자료: 표 내용의 저자와 연도 참조

○ 김수진 외(2018)는 이승윤, 김기태(2017)와 유사한 방법을 통해 중증질환이 경제활동과 경제상태에 미치는 영향을 질적 연구방법으로 조사하였음.

- 영세 자영업자나 비정규직 근로자는 가용 자원이 부족한 경우가 많아서 질병과 소득 상실이라는 위험에 더 취약함.
  - 이들은 아파서 실직을 경험한 이후 재화와 건강 회복에 전념하기보다는 소득 보전을 위해 가능한 빨리 일자리로의 복귀를 시도하는 데 이로 인해 건강이 악화되기도 함.
- 노동자들이 건강상의 문제를 느낄 때 일차적으로 보이는 반응은 참는 것임.
  - 일용직 노동자나 자영업자들은 하루 쉬면 바로 소득 손실로 이어지므로 쉬겠다고 생각하기 어렵고, 일당을 손해 보고 병원에 가더라도 영세한 사업장에서 고용주에게 양해를 구하고 병원을 다녀오기는 쉽지 않음.
  - 자영업자의 경우에도 아침부터 밤늦게까지 하루 종일 일하는 경우가 많다 보니 가게 문을 닫지 않는 한 병원에 다녀올 시간을 내기 어려움.
- 건강상태가 악화되어 더 이상 업무를 지속할 수 없거나 질병의 치료를 위해 장기간의 휴가가 필요할 때 대부분의 노동자들은 실직의 위험에 직면함.
  - 그러나 실직의 위험은 사업장의 특성, 고용상태에 따라 다르게 나타나며 비정규 일자리일수록 실직의 위험은 더욱 컸음.
- 아픈 근로자들이 회복 후 다시 일을 시작하려고 했을 때 돌아갈 수 있는 곳은 많지 않았으며, 그나마도 대부분은 저임금 일자리였음. 정규직 사무직이었더라도 일단 한번 퇴사하면 비슷한 일자리로 돌아가기는 쉽지 않음.

### 제3절 실증 분석

#### 가. 연구자료 및 방법

##### 1) 연구자료

###### □ 자료원별 특징

- 본 연구는 건강충격으로 인한 경제활동 및 근로소득의 변화를 측정하는 것이 목적이므로 개인의 건강 및 의료이용 상태에 대한 정보와 함께, 경제활동 변화를 측정할 수 있는 정보(휴직, 복직, 퇴직, 취업 관련 변수)와 소득에 대한 보다 자세한 정보가 요구됨.
- 국민건강보험공단 맞춤형 DB, 한국의료패널자료는 조사대상자의 건강상태와 보건의료 서비스 이용과 관련된 정보가 풍부하다는 장점이 있으나, 상대적으로 고용상태나 종사상 지위 그리고 근로활동에 대한 정보가 부족함.
- 한국복지패널자료는 최근의 노동시장에서 새롭게 나타난 특수 고용 등 종사상 지위나 고용관계 등이 보다 자세히 분류되어 있고, 고용상태나 경제활동 상태를 파악할 수 있는 문항이 상대적으로 풍부하게 포함되어 있음.
- 본 연구는 상병수당 제도 도입의 필요성 측면에서 경제활동 인구를 대상으로 건강충격이 경제활동과 소득변화에 미치는 영향 분석을 목적으로 하고 있기 때문에 본 연구의 분석자료로서 한국복지패널자료가 보다 적절함.

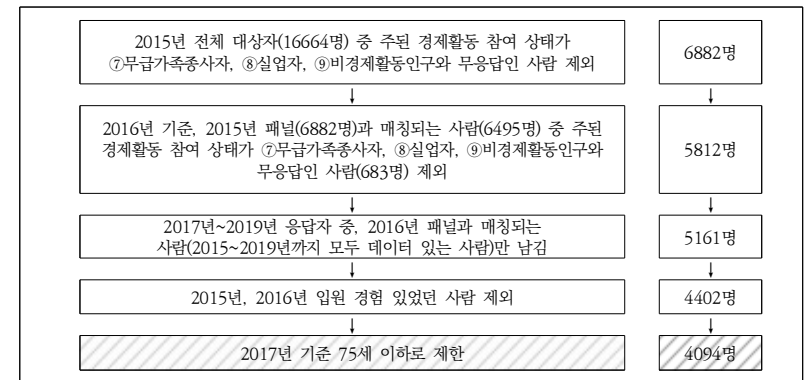
###### □ 한국복지패널

- 한국복지패널은 2006년 1차 조사가 수행된 이후 2020년 현재 제15차 조사까지 수행되었음.
- 한국복지패널은 외환위기 이후 빈곤층, 근로빈곤층(working poor), 차상위층(near poor)의 가구 형태, 소득 수준, 취업 상태가 급격히 변화하는 상황에서 이러한 계층의 규모 및 생활 실태 변화를 동태적으로 파악함으로써 정책 형성에 기여함과 동시에 정책 지원에 따른 효과성을 제고하고자 함(여유진 외, 2020, p.4).
- 표본 규모의 측면에서뿐만 아니라 표본의 특성 측면에서도 전국을 대표하는 패널 조사로 전국 지역별 가구 분포와 거의 유사하게 설계함.
- 표본추출 시 60% 미만 저소득층을 과대 표집하였기 때문에 국내 패널 조사 중 가장 많은 저소득층 가구를 포함하고 있어 저소득층을 대상으로 하는 정책이나 빈곤 연구 등에 적합하다고 할 수 있음(여유진 외, 2020, p.4).

##### 2) 분석 대상

- 본 연구는 한국복지패널 제10차~14차 조사자료(2015~2019년, 5개년)를 이용하여 분석하였음.
- 건강충격 발생 시점(2017년)을 기준으로, 그 전 2년 동안(2015~2016년)의 경제활동 참여 상태와 건강충격 발생 여부를 확인하였고, 건강충격 발생 이후 2년(2018~2019년) 간의 경제활동 및 근로소득을 추적관찰하였음.
- 2015년과 2016년 모두 주된 경제활동 참여 상태가 임금근로자이거나 고용주, 자영업자에 해당하는 사람을 대상으로 분석하였으며, 이 중 2019년까지 조사가 완료되었으며, 2017년 건강충격 발생 당시 연령이 75세 이하인 사람만 분석대상으로 최종 포함함<sup>32)</sup>.
- 이 연구의 목적은 새로운 건강 충격(new health shock), 즉 2017년 새롭게 경험한 입원의 영향을 평가하는 것으로, 입원 발생이 미치는 영향을 파악하기 위해서는 입원을 경험하지 않은 개인과의 비교가 필요하므로 2015년이나 2016년에 한번이라도 입원을 경험했던 사람은 분석대상에서 제외함.

[그림 2-3-13] Sample selection flow



32) 건강충격에 따른 영향분석 시 법정 은퇴연령인 60세 미만을 대상으로 하는 것이 일반적이었으나, 우리나라 노인의 실질 은퇴연령이 72세이고, 65세 이상 노인의 경제활동참여율이 36.9%로 매우 높다는 점을 고려하여 이 연구에서는 분석대상을 75세 이하로 하였으며, DID 분석에서는 65세 이하에 대해 추가로 분석함.



### 3) 분석방법

#### □ 건강충격 발생 정의

- 그동안 중증질환 발생 중심으로 건강충격을 정의했던 방식과 달리, 이 연구에서는 질병·사고로 인해 일을 할 수 없는 모든 상황을 가능한 포괄적으로 포함하기 위해 1일 이상 입원 에 피소드를 기준으로 건강충격을 정의함.
- 2017년 입원에피소드 있는 자 중 입원유이가 ①지병/질병이거나 ②사고인 경우만 건강충격으로 정의함(출산, 건강검진, 요양/휴식, 성형, 정형/교정, 기타사유로 인한 입원은 제외).
- 이 연구의 목적은 새로운 건강충격(new health shock)의 영향을 평가하는 것이므로, 2015년이나 2016년에 입원(건강충격)을 경험했던 사람은 건강충격군에서 제외함.

#### □ 종사상 지위와 고용관계에 따른 대상자 구분

- 고용구분 1: 종사상 지위만 고려하여 상용직, 임시일용직, 고용주, 자영업자로 구분
- 고용구분 2: (임금근로자에 대해서만) 고용관계, 근로시간, 근로계약설정, 근로지속가능성을 고려하여 임금노동자를 정규직과 비정규직으로 구분하였으며, 고용주와 자영업자를 비임금근로자로 묶음.
- 고용구분 3: (임금근로자에 대해서만) 고용구분 2의 방식에 따라 정규직과 비정규직으로 구분하되, 비정규직의 경우 고용관계에 따라 직접고용 비정규, 간접고용 비정규, 특수고용 비정규<sup>33)</sup>로 세분화함.

#### □ 기술 분석

- 2016년 기준 종사상 지위와 고용지위, 사업체규모, 교육수준에 따른 2017년 건강충격 발생률 비교
- 건강충격 유무에 따른 종사상 지위, 고용지위 변화율 분석
- 건강충격 유무에 따른 연도별 근로일수, 개인근로사업소득, 근로일당 소득 분석
  - 종사상 지위별, 고용지위별, 사업체 규모별 층화분석 및 이중차이 결과 제시

#### □ 건강충격의 인과적 효과 추정을 위한 이중차이분석(Difference in Difference, DID)

- 임금근로자를 대상으로, 건강충격이 경제활동 및 소득에 미친 단기 효과를 추정하고자 성향

점수매칭을 이용해 건강충격군(처리군)과 비충격군(대조군)을 구성하고 이중차이분석(Difference in Difference, DID)을 실시함.

- 패널자료의 특성을 활용한 이중차이분석을 시행함으로써 관찰 불가능한 특성으로 인해 발생하는 선택 편향의 중 시간 불변인 특성을 통제함(권정현, 2018).
- 본 분석은 건강충격 발생 이후 시간에 따른 효과 변화를 확인하는데 초점을 두기 보다, 건강충격의 단기영향을 확인하고 이것이 근로자의 노동시장 위치에 따라 어떻게 다른지 확인하는데 초점을 두고자 하였으므로, DID 분석에는 건강충격 직전인 2016년과 건강충격 발생연도인 2017년, 그리고 발생 직후인 2018년 자료만을 활용함.

○ DID분석에 앞서 건강충격의 내생성을 통제하고 관찰 가능한 특성으로 인한 선택 편향을 통제하고자 본 연구에서는 성향점수매칭을 이용해 건강충격군(처리군)과 비충격군(대조군)을 구성함.

- 건강충격, 즉 입원을 경험할 기대확률을 의미하는 성향점수를 로짓 모형을 이용해 추정함.
- 성향점수 추정을 위해 활용한 변수는 건강충격 발생 이전의 연령, 성별, 혼인상태, 가구원수, 교육수준, 가구주 여부, 종사상 지위, 고용지위, 사업장 규모, 가구 소득수준임.
- 추정을 통해 얻어진 성향점수를 이용해 처리군과 대조군을 1:4로 매칭함. 매칭방법은 처리군과 가장 가까운 성향점수 값을 갖는 개인을 매칭하는 최근접 이웃매칭(nearest-neighbor matching) 방법을 사용하였으며, 캘리퍼(caliper)는 0.01을 적용함.
- 중복을 허용하지 않는 최근접 이웃매칭 방법은 처치집단에 대한 평균처치효과(Average Treatment effect on Treated: ATT) 추정이 목적이고, 처치집단의 대상자보다 대조집단의 대상자가 3배 이상 많은 경우 성과가 좋은 것으로 알려져 있음(양동욱, 2020 재인용).

○ 성향점수 매칭을 통해 최종적으로 1090명(처리군 218명, 대조군 872명)을 분석대상으로 선정하였으며, 민감도 분석의 일환으로 2017년 기준 65세 이하인 963명(처리군 191명, 대조군 772명)에 대해 재분석을 실시함.

33) 현재 복지패널에서는 임금근로자에 대해서만 특고여부를 확인하고 있으므로, 만약 자신을 자영업자라고 응답한 특고노동자(현 법제계에서는 자영업자로 간주되기도 하므로)의 경우는 특고여부를 정확히 확인할 수 없다는 한계가 있음.

〈표 2-3-4〉성향점수 매칭 결과

	매칭 전		p	매칭 후		p
	건강충격 無 (N=2915)	건강충격 有 (N=218)		건강충격 無 (N=872)	건강충격 有 (N=218)	
	% 혹은 평균	% 혹은 평균		% 혹은 평균	% 혹은 평균	
성별						
남	55.92	52.75	0.364	52.64	52.75	0.976
여	44.08	47.25		47.36	47.25	
연령(SD)	47.0(12.2)	50.4(11.9)	<0.001	50.4(11.9)	50.4(11.9)	0.975
결혼상태						
유배우자	70.12	74.31	0.075	77.98	74.31	0.353
이혼, 별거, 사별	10.98	12.84		12.39	12.84	
미혼	18.90	12.84		9.63	12.84	
교육수준						
초졸이하	7.89	10.55	<0.001	11.93	10.55	0.353
중졸이하	8.44	12.39		12.61	12.39	
고졸이하	34.24	42.66		36.24	42.66	
대학교이상	49.43	34.40		39.22	34.40	
가구주여부						
가구주	57.94	59.63	0.625	60.44	59.63	0.828
가구원	42.06	40.37		39.56	40.37	
가구원수(SD)	3.2(1.2)	3.1(1.2)	0.0269	3.1(1.2)	3.1(1.2)	0.8437
가구소득(SD)	5712.3(3158.7)	5205.2(2657.1)	0.0210	5472.7(3039.8)	5205.2(2657.1)	0.2342
고용지위						
정규직	54.96	42.66	0.004	46.79	42.66	0.313
비정규직(직접고용)	35.20	45.41		39.45	45.41	
비정규직(간접고용)	5.83	5.96		8.37	5.96	
비정규직(특수고용)	4.01	5.96		5.39	5.96	
사업장 규모						
5인 미만	17.60	19.27	0.877	21.22	19.27	0.980
5~49인	42.06	44.04		42.78	44.04	
50~299	19.9	19.7		18.12	19.72	
300인 이상	20.1	17.0		17.89	16.97	

## □ DID 분석 모형

- 매칭된 표본을 이용해 건강충격이 근로일수 및 소득에 미치는 단기영향을 아래와 같은 회귀식으로 추정함.

$$Y_{it} = \alpha_i + X_{it}\beta + \mu Treat_i T_i + \gamma_t + \epsilon$$

- $Y_{it}$ 는 결과변수로, 개인  $i$ 의  $t$ 시점에서의 연간 근로일수, 로그화 소득(개인의 근로 및 사업소득), 일당 소득을 나타냄.  $\alpha_i$ 는 시간에 따라 변하지 않는 개인의 관찰 가능하지 않는 특성을 의미하며,  $X_{it}$ 는 성, 연령, 교육수준 등의 통제변수를 의미함.  $Treat_i$ 는 건강충격 발생 여부를 나타내는 더미변수로 처리군을 나타냄.  $T_i$ 는 건강충격 발생시점인 2017년 전후를 의미하며, 2016년은 0, 2017년과 2018년은 1의 값을 가짐.  $\gamma_t$ 는 연도 고정효과를 나타냄.

## 나. 기술 분석 결과

## 1) 인구집단별 건강충격 발생률

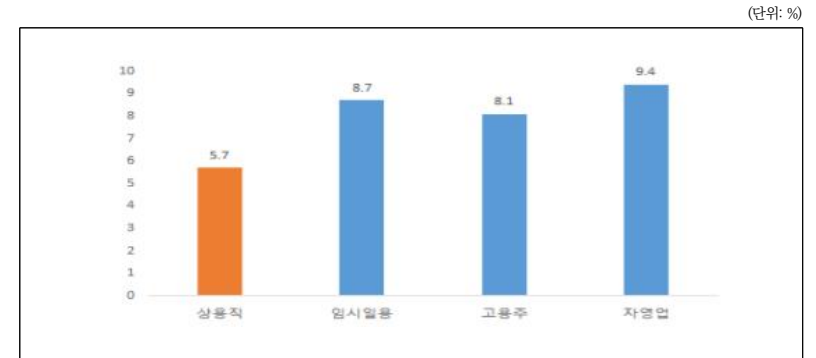
## □ 종사상 지위에 따른 건강충격 발생률

- 상용직에 비해, 임시일용직, 고용주, 자영업자의 건강충격 발생률이 더 높게 나타났으며, 그 중에서도 자영업자의 건강충격 발생률이 가장 높았음.

- 2016년 기준 상용직이었던 사람들에서의 건강충격 발생률은 5.7%인데 반해, 임시일용직은 8.7%, 고용주는 8.1%, 자영업자는 9.4%를 나타냄(그림 2-3-14 참조).

- 자영업자의 연령구성을 볼 때, 상대적으로 60대 이상이 많아 질병 발생 가능성이 높을 것으로 짐작할 수 있음(표 2-3-5 참조).

[그림 2-3-14] 종사상 지위에 따른 건강충격 발생률



주: 카이제곱 검정결과,  $p < 0.01$ 로 통계적으로 유의함.

〈표 2-3-5〉종사상 지위(2016년 기준)별 연령구성

(단위: %)

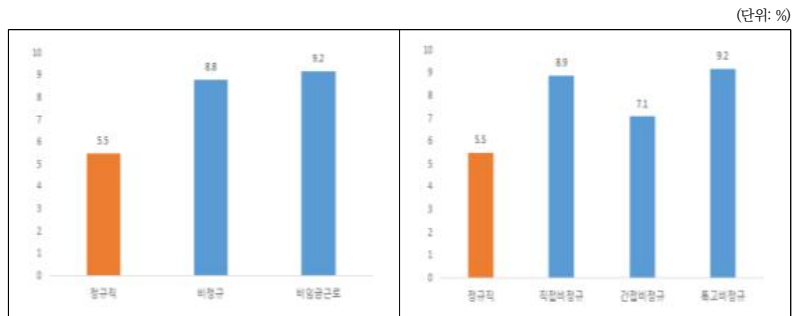
구분	계	~39세	40대	50대	60세 이상
전체	100.0	23.3	28.6	23.9	24.3
상용직	100.0	34.4	38.8	20.8	6.0
임시일용	100.0	19.9	21.8	26.2	32.2
고용주	100.0	14.1	38.9	33.6	13.4
자영업	100.0	5.8	15.2	25.2	53.8

주: 카이제곱검정결과,  $p < 0.001$ 로 그룹 간 차이는 통계적으로 유의함.

## □ 고용 지위에 따른 건강충격 발생률

- 정규직에 비해 비정규직의 건강충격 발생률이 더 높게 나타남.
- 2016년 기준 정규직이었던 사람들에서의 건강충격 발생률은 5.5%로 나타난데 반해, 비정규직에서의 건강충격 발생률은 8.8%로 나타났으며, 비정규직 유형별로 세분화해서 살펴본 결과 특고 비정규직의 건강충격 발생률이 9.2%로 가장 높았음(그림 2-3-15 참조).

[그림 2-3-15] 고용 지위에 따른 건강충격 발생률

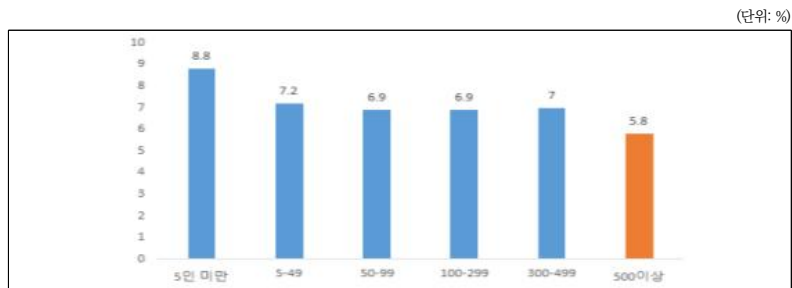


주: 카이제곱검정결과,  $p < 0.001$ 로 그룹 간 차이는 통계적으로 유의함.

## □ 사업장 규모에 따른 건강충격 발생률

- 사업장 규모가 작을수록 건강충격 발생률도 커지는 양상을 보임.
- 2016년 기준, 500인 이상 사업장 근로자의 건강충격 발생률은 5.8%를 보인 반면, 5인 미만 사업장 근로자의 건강충격 발생률은 8.8%였음(그림 2-3-16 참조).

[그림 2-3-16] 사업장 규모에 따른 건강충격 발생률

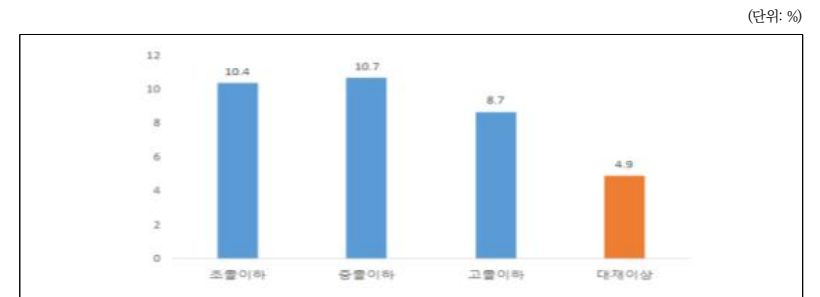


주: 카이제곱검정결과,  $p = 0.28$ 로 그룹 간 차이는 통계적으로 유의하지 않음.

## □ 교육수준에 따른 건강충격 발생률

- 교육수준이 낮을수록 건강충격 발생률도 대체로 높아지는 양상을 보임.
- 교육수준에 따른 건강충격 발생률은 대학 재학 이상의 교육수준을 가진 근로자에서 4.9%로 가장 낮았고, 중졸이하에서 10.7%로 가장 높았음(그림 2-3-17 참조).

[그림 2-3-17] 교육수준에 따른 건강충격 발생률



주: 카이제곱검정결과,  $p < 0.001$ 로 그룹 간 차이는 통계적으로 유의함.

## 2) 건강충격에 따른 종사상 지위 변화

## □ 상용직, 임시일용직, 자영업 모두 건강충격 발생자의 지위하락 비율이 비발생자 보다 높았음.

- 2016년 상용직이었던 사람들의 종사상 지위 변화를 2017년 건강충격 발생 여부에 따라 살펴본 결과, 건강충격이 없었던 집단(2017년 90.2%, 2018년 83.7%, 2019년 79.6%)은 건강충격 발생 집단(2017년 80.6%, 2018년 73.8%, 2019년 68.0%)보다 상용직을 유지하는 비율이 약 10% 포인트 더 높았음(표 2-3-6 참조).
- 두 집단에서 상용직이었다가 비임금근로자로 전환한 비율은 유사한 반면, 임시일용직이나 비경활로 종사상 지위가 하락한 비율은 건강충격 발생군에서 10% 포인트 이상 더 높게 나타남.
- 본문에 결과표를 제시하지는 않았으나, 상용직 중 건강충격 이후 비경활로 지위가 하락한 비율은 2017년부터 2019년까지 각각 10.7%, 11.7%, 14.6%로 임시일용직이나 자영업자에 비해 더 낮았음.
- 2016년 임시일용직이었던 사람들의 종사상 지위 변화를 살펴본 결과, 임시일용직의 경우는 지위유지 비율이 59~77%로 상용직이나 자영업에 비해 상대적으로 낮았음. 비경활로 종사상 지위가 하락한 비율은 건강충격 직후(2017년 말) 건강충격군에서 비충격군보다 높게 나타남(비충격군 10.9%, 충격군 19.8%)(표 2-3-6 참조).

- 이후에도 건강충격군에서 비충격군보다 지위하락비율이 약간 높게 나타났으나 그 차이가 크지 않았음. 한편, 두 집단에서 비임금근로자로 전환된 비율은 유사하여, 건강충격에 따른 임시일용직의 종사상지위 변화는 주로 지위하락으로 이어짐을 알 수 있음.

○ 2016년 자영업자들의 종사상 지위변화를 건강충격 발생 여부에 따라 살펴본 결과 자영업을 유지하는 비율이 두 집단에서 약 74~90%로 나타났고, 건강충격이 없었던 집단이 건강충격 발생 집단보다 약간 높았음(표 2-3-6 참조).

- 한편, 자영업에서 임금근로자로 전환한 비율은 건강충격군이 비충격군보다 2~6% 포인트 가량 낮았던 반면, 비경활로 지위가 하락한 비율은 건강충격군에서 7~9% 포인트 가량 높게 나타나, 건강충격에 따른 자영업자의 종사상지위 변화 역시 주로 지위하락임을 알 수 있음.

〈표 2-3-6〉 건강충격 유무에 따른 종사상 지위 변화

(단위: %)

종사상 지위 (2016)	건강충격 유무	지위변동	2017	2018	2019	비고
상용직 <sup>1)</sup> (n=1797)	건강충격 무 (n=1694)	지위유지	90.2	83.7	79.6	상용직 유지
		지위하락	8.3	14.1	17.1	비경활/임시일용직 전환
		비임금근로자 전환	1.5	2.2	3.3	비임금근로자 전환
	건강충격 유 (n=103)	지위유지	80.6	73.8	68.0	상용직 유지
		지위하락	18.4	25.2	28.1	비경활/임시일용직 전환
		비임금근로자 전환	1.0	1.0	3.9	비임금근로자 전환
임시 일용직 <sup>2)</sup> (n=1338)	건강충격 무 (n=1222)	지위유지	76.8	66.5	59.0	임시일용직 유지
		지위하락	10.9	17.4	19.2	비경활로 전환
		지위상승	10.0	12.3	16.0	상용직 전환
		비임금근로자 전환	2.3	3.8	5.8	비임금근로자 전환
	건강충격 유 (n=116)	지위유지	69.0	69.0	60.3	임시일용직 유지
		지위하락	19.8	18.1	21.6	비경활로 전환
		지위상승	8.6	8.6	15.5	상용직 전환
		비임금근로자 전환	2.6	4.3	2.6	비임금근로자 전환
	건강충격 무 (n=734)	지위유지	89.9	80.9	74.2	자영업 유지
		지위하락	4.1	7.9	9.8	비경활로 전환
		임금근로자 전환	3.5	7.6	11.9	임금근로자 전환
자영업 <sup>3), 4)</sup> (n=810)	건강충격 유 (n=76)	지위유지	84.2	77.6	73.7	자영업 유지
		지위하락	13.2	15.8	17.1	비경활로 전환
		임금근로자 전환	1.3	2.6	5.3	임금근로자 전환
		비임금근로자 전환				

주1) 상용직의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017~2019년 모두 통계적으로 유의함(p<0.05)

주2) 임시일용직의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017년에만 통계적으로 유의함(p<0.01)

주3) 자영업의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017년에만 통계적으로 유의함(p<0.01)

주4) 자영업에서 고용주로 전환한 경우는 별도로 표기하지 않음. 따라서 비율의 합이 100%가 되지 않음.

### 3) 건강충격에 따른 임금근로자의 고용지위 변화

□ 정규직과 비정규직 모두 건강충격이 발생한 그룹에서 고용지위가 하락한 비율이 높았음.

○ 2016년 정규직이었던 사람들의 고용 지위 변화를 2017년 건강충격 발생 여부에 따라 살펴본 결과, 건강충격 비발생군에서 정규직을 계속 유지한 비율이 더 높았음(표 2-3-7 참조).

- 반면, 정규직에서 비정규직 혹은 비경활상태로 고용지위가 하락한 비율은 건강충격 발생 군에서 매년 약 9~10% 포인트 가량 높았음.

○ 2016년 비정규직이었던 사람들 중 건강충격군은 비충격군보다 비경활로 고용지위가 하락하는 비율이 더 높게 나타남. 다만, 건강충격 직후에만 그 격차가 크고, 이후에는 격차가 크지 않음(표 2-3-7 참조).

○ 본문에 결과표는 제시하지 않았으나 정규직에서 건강충격 이후 지위가 하락한 22.6% 중 비경활로 전환된 비율은 12.9%로 확인되었으며, 이를 비정규직에서 비경활로 전환된 비율(17.5%)과 비교했을 때 비정규직에서 비경활로 더 많이 전환되었음을 알 수 있음.

〈표 2-3-7〉 건강충격 유무에 따른 고용 지위 변화

(단위: %)

고용지위 (2016)	건강충격 유무	지위변동	2017	2018	2019	비고
정규직 <sup>2)</sup> (n=1695)	건강충격 무 (n=1602)	지위유지	84.3	80.3	76.9	정규직 유지
		지위하락	14.1	17.4	19.6	비정규직/비경활 전환
	건강충격 유 (n=93)	지위유지	75.0	69.9	63.4	정규직 유지
		지위하락	22.6	26.9	30.1	비정규직/비경활 전환
비정규직 <sup>3)</sup> (n=1440)	건강충격 무 (n=1314)	지위유지	70.2	62.6	56.0	비정규직 유지
		지위하락	10.1	16.6	18.2	비경활로의 전환
		지위상승	17.5	17.2	20.4	정규직으로 전환
	건강충격 유 (n=126)	지위유지	62.7	65.9	56.4	비정규직 유지
		지위하락	17.5	17.5	20.6	비경활로의 전환
		지위상승	18.3	14.3	22.2	정규직으로 전환

주1) 건강충격 이후 비임금근로자로 전환된 경우는 별도로 비율을 표기하지 않음. 따라서 전체 비율의 합이 100%가 되지 않음.

주2) 정규직의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017~2019년 모두 통계적으로 유의함(p<0.01)

주3) 비정규직의 경우, 건강충격 유무에 따른 지위변동 비율의 차이가 2017년에만 통계적으로 유의함(p<0.1)

### 4) 건강충격에 따른 근로일수 변화

□ 2016년 종사상 지위별, 건강충격 유무에 따른 근로일수 변화

○ 건강충격군과 비충격군의 근로일수 변화를 살펴본 결과, 상용직, 임시일용직, 자영업자 모두 건강충격군이 비충격군보다 건강충격 직후 근로일수가 더 크게 감소하였으며, 특히 임시일용직에서 가장 크게 감소하여 비충격군과 약 한 달 정도의 근로일수 차이를 보임(표 2-3-8, 표 2-3-9 참조).

○ 본문에 결과표는 제시하지 않았으나 비경활로 전환된 경우를 제외한 평균 근로일수를 비교한 결과, 상용직의 경우 2017년 건강충격 유무에 따라 근로일수의 차이가 거의 없는데 반해, 임시일용직에서는 6~11일 가량 차이를 보임<sup>34)</sup>.

34) 복지패널조사에서는 매년 12월 31일 기준으로 주된 경제활동 참여상태를 묻고 있으므로, 연말 기준으로는 비경활상태가 아니라 하더라도 중간에 비경활로 전환된 경우가 있을 수 있음. 임시일용직의 경우, 질병으로 인해 직장을 바꾸게 되고 이로 인해 근로일수 공백이 있었을 가능성이 상용직에 비해 상대적으로 높았을 것으로 해석됨.

〈표 2-3-8〉건강충격 유무에 따른 근로일수 변화 - 종사상 지위별 분석

(단위: 일)

종사상지위 (2016)	건강충격 유무	2016년	2017년	2018년	2019년
상용직 (n=1797)	건강충격 무 (n=1694)	250	243	234	228
	건강충격 유 (n=103)	253	228	223	213
임시일용직 (n=1335)	건강충격 무 (n=1220)	232	211	196	187
	건강충격 유 (n=115)	237	186	188	178
자영업 (n=809)	건강충격 무 (n=734)	257	245	236	235
	건강충격 유 (n=75)	254	218	225	214

주1) 2016년 기준 근로일수 값이 존재하는 사람을 대상으로 분석하였으며, 비경활로 전환된 사람의 근로일수는 0으로 포함하여 계산  
 2) 그룹 간 격차는 2017년에만 통계적으로 유의함(p<0.05)

〈표 2-3-9〉건강충격 유무에 따른 근로일수 차이 - 종사상 지위별 이중차이

(단위: 일)

종사상지위 (2016)	2017년	2018년	2019년
상용직	18	14	18
임시일용직	30	13	14
자영업	24	8	18

주1) t년도 이중차이=(t년도 건강충격비발생군 근로일수 - 2016년 건강충격비발생군 근로일수) - (t년도 건강충격군 근로일수-2016년 건강충격군 근로일수)

## □ 2016년 고용 지위별, 건강충격 유무에 따른 근로일수 변화

- 건강충격군과 비충격군의 근로일수를 비교한 결과 정규직과 비정규직 모두 건강충격으로 인한 근로일수 감소가 나타났으며, 정규직과 비정규직의 차이는 크지 않음(표 2-3-10, 표 2-3-11 참조).
- 본문에는 표를 제시하지 않았으나 비경활로 전환된 경우를 제외한 평균 근로일수를 비교한 결과, 정규직의 경우 건강충격 유무에 따라 근로일수의 변화가 거의 없는데 반해, 비정규직은 건강충격 이후 근로일수 감소양상을 보임.

〈표 2-3-10〉건강충격 유무에 따른 근로일수 변화 - 고용지위별 분석

(단위: 일)

고용지위 (2016)	건강충격 유무	2016년	2017년	2018년	2019년
정규직 (n=1695)	건강충격 무 (n=1602)	251	243	234	228
	건강충격 유 (n=93)	253	221	224	212
비정규직 (n=1437)	건강충격 무 (n=1312)	233	214	198	190
	건강충격 유 (n=125)	238	194	190	182

주1) 2016년 기준 근로일수 값이 존재하는 사람을 대상으로 분석하였으며, 비경활로 전환된 사람의 근로일수는 0으로 포함하여 계산  
 2) 그룹간 격차는 2017년과 2019년 정규직만 통계적으로 유의함(p<0.05)

〈표 2-3-11〉건강충격 유무에 따른 근로일수 차이 - 고용지위별 이중차이

(단위: 일)

고용지위 (2016)	2017년	2018년	2019년
정규직	24	12	18
비정규직	25	13	13

주1) t년도 이중차이=(t년도 건강충격비발생군 근로일수 - 2016년 건강충격비발생군 근로일수) - (t년도 건강충격군 근로일수-2016년 건강충격군 근로일수)

## □ 사업장 규모별, 건강충격 유무에 따른 근로일수 변화

- 건강충격 발생 이전(2016년)의 근로일수를 사업장 규모별로 살펴본 결과, 50~299인 사업장과 300인 이상 사업장의 경우 건강충격 집단에서 근로일수가 9일 정도 높게 나타남. 이는 해당 규모의 사업장의 경우, 상대적으로 근로일수가 높은 집단에서 건강충격이 발생한 것으로 해석할 수 있음.
- 건강충격 발생 이전에 이미 존재했던 근로일수 차이를 고려하기 위해 이중차이분석을 통해 건강충격군과 비충격군의 근로일수 변화를 살펴본 결과, 50인 미만 사업장에서 근무하던 사람들에서 건강충격에 따른 근로일수 변화가 가장 컸으며, 300인 이상 사업장에서도 그 다음으로 근로일수 변화가 크게 나타남. 반면, 50~299인 사업장에서 건강충격에 따른 근로일수 변화가 가장 적었음(표 2-3-12, 표 2-3-13 참조).

〈표 2-3-12〉건강충격 유무에 따른 근로일수 변화 - 사업장 규모별 분석

(단위: 일)

사업장 규모 (2016)	건강충격 유무	2016년	2017년	2018년	2019년
5인 미만 (n=1469)	건강충격 무 (n=1342)	256	242	228	223
	건강충격 유 (n=127)	253	219	220	211
5~49인 (n=1365)	건강충격 무 (n=1267)	243	228	216	208
	건강충격 유 (n=98)	241	193	195	183
50~299인 (n=623)	건강충격 무 (n=580)	247	231	222	216
	건강충격 유 (n=43)	256	227	229	217
300인 이상 (n=623)	건강충격 무 (n=586)	238	238	230	226
	건강충격 유 (n=37)	247	218	209	208

주1) 2016년 기준 근로일수 값이 존재하는 사람을 대상으로 분석하였으며, 비경활로 전환된 사람의 근로일수는 0으로 포함하여 계산  
 2) 그룹간 격차는 2017년(50~299인 제외), 2018년(50~299인 제외), 2019년(5~49인만)에만 통계적으로 유의함(p<0.05)

(표 2-3-13) 건강충격 유무에 따른 근로일수 차이 - 사업장 규모별 이중차이

(단위: 일)

사업장 규모 (2016)	2017년	2018년	2019년
5인 미만	20	5	9
5~49인	33	19	23
50~299인	13	2	8
300인 이상	29	30	27

주1):  $t$ 년도 이중차이=( $t$ 년도 건강충격비발생군 근로일수 - 2016년 건강충격비발생군 근로일수) - ( $t$ 년도 건강충격군 근로일수 - 2016년 건강충격군 근로일수)

- 분석 결과를 종합하면, 건강충격군은 비충격군보다 일을 쉬게 되는 비율이 더 컸으며, 이는 종사상지위, 고용지위, 사업장 규모에 관계없이 공통적으로 관찰됨.
- 다만, 건강충격에 따른 근로일수 변화는 임시일용직이거나 50인 미만의 사업장에서 보다 크게 나타났으며, 300인 이상 사업장의 근로일수 감소 규모 역시 유사했지만 대규모 사업장의 경우 유급병가가 제공되는 경우가 많으므로(김수진 등, 2018), 근로일수 감소의 성격과 이로 인한 충격의 크기는 다를 수 있음.
- 건강충격 이후 계속해서 일을 하는 경우에도 상용직에 비해 임시일용직, 자영업, 비정규직이었던 사람에서 근로일수가 더 크게 감소함.

### 5) 건강충격에 따른 소득 변화<sup>35)</sup>

- 건강충격 발생 이전(2016년)의 소득을 종사상 지위 및 고용지위별로 살펴본 결과, 종사상 지위나 고용지위에 관계없이 모두 건강충격 집단에서 연소득이 낮았으며, 특히 임시일용직, 자영업자, 비정규직의 경우 그 차이가 크게 나타남. 이는 건강충격이 주로 소득이 낮은 계층에서 더 많이 발생한 것을 의미한다고 볼 수 있으며, 소득이 낮을수록 건강수준이 좋지 못하다고 밝힌 선행연구들의 결과와도 일치함.
- 건강충격 유무에 따른 개인의 연소득 변화는 종사상 지위와 고용지위별로 차이를 보임.
- 종사상 지위별로는 상용직, 임시일용직, 자영업 모두 건강충격이 없던 그룹에서는 소득이 증가함. 반면, 건강충격을 경험한 상용직과 자영업자들은 소득이 감소함. 임시일용직은 오히려 건강충격 직후 소득이 약간 증가하였으나 이후에는 대체로 건강충격 전과 비슷한 수준을 유지함(표 2-3-14 참조).
- 건강충격 발생 이전에 이미 존재했던 소득 차이를 고려하기 위해 이중차이분석을 통해 소득변화를 살펴본 결과, 상용직의 경우 건강충격 발생 직후에는 소득 감소가 5~6% 수

35) 전체 분석대상자 중 근로사업소득의 값이 이상치로 보이는 3건에 대해서는 분석에서 제외함.

준이었다가 시간이 흐를수록 소득 감소의 규모가 증가한 데 반해, 자영업의 경우는 건강충격 직후 20% 정도의 소득 감소가 발생하였고 이후에도 대체로 그 수준이 유지되었음(표 2-3-15 참조).

- 고용지위별로는 정규직의 경우 비충격군에서는 소득이 증가한데 반해, 건강충격군에서는 감소함. 비정규직의 경우에도 건강충격 비발생군에서는 소득이 꾸준히 증가하는 양상을 보였으나, 건강충격 발생군에서는 건강충격 직후 소득이 약간 증가한 이후 건강충격 전과 비슷한 수준을 유지함(표 2-3-16 참조).
- 이중차이분석 결과를 살펴보면, 비정규직보다 정규직에서 건강충격 발생에 따른 소득감소가 훨씬 큰 것을 확인할 수 있음(표 2-3-17 참조)

- 이는 상대적으로 가장 좋은 고용여건에 속하는 정규·상용직 근로자의 경우에도 상당수가 유급병가 혜택을 받지 못함에 따라 건강충격이 소득감소로 이어진 것으로 보이며, 건강충격에 따른 경제적 타격은 자영업에서 가장 큰 것으로 확인됨.
- 한편, 임시일용직, 비정규직의 경우 건강충격에 따른 소득변화가 거의 나타나지 않았는데, 이는 임시일용직과 비정규직의 연 평균소득이 정규상용직 근로자의 절반에도 미치지 못하는 최저임금 수준인 상황에서 아파도 제대로 쉴 수 없고 오히려 최소한의 기대소득을 유지하기 위해 근로일수의 감소를 근로강도를 높이는 방식으로 메웠을 가능성이 있음.

(표 2-3-14) 건강충격 유무에 따른 소득 변화 - 종사상지위별 분석

(단위: 만원)

종사상지위 (2016)	건강충격 유무	2016	2017	2018	2019
상용직 (n=1797)	건강충격 무 (n=1694)	4081	4246	4426	4487
	건강충격 유 (n=103)	4019	3942	3900	3886
임시일용직 (n=1336)	건강충격 무 (n=1221)	1867	1874	1902	1941
	건강충격 유 (n=115)	1731	1786	1724	1746
자영업 (n=809)	건강충격 무 (n=734)	2433	2609	2610	2437
	건강충격 유 (n=75)	1882	1679	1668	1591

주1) 건강충격 유무에 따른 그룹간 소득 격차는 2019년 상용직, 2016~2019년 자영업에서만 통계적으로 유의함(p<0.05)

(표 2-3-15) 건강충격 유무에 따른 소득 차이 - 종사상지위별 이중차이

(단위: 만원)

종사상지위 (2016)	2017	2018	2019
상용직	242	464	539
임시일용직	-48	42	59
자영업	379	391	295

주1):  $t$ 년도 이중차이=( $t$ 년도 건강충격비발생군 소득 - 2016년 건강충격비발생군 소득) - ( $t$ 년도 건강충격군 소득 - 2016년 건강충격군 소득)



〈표 2-3-16〉건강충격 유무에 따른 소득 변화 - 고용지위별 분석

(단위: 만원)

고용지위 (2016)	건강충격 유무	2016	2017	2018	2019
정규직 (n=1695)	건강충격 무(n=1602)	4112	4278	4462	4526
	건강충격 유(n=93)	4102	4064	4004	3938
비정규 (n=1438)	건강충격 무(n=1313)	1984	2002	2034	2071
	건강충격 유(n=125)	1852	1867	1821	1878

주1) 건강충격 유무에 따른 그룹 간 소득 격차는 2019년 정규직에서만 통계적으로 유의함(p&lt;0.1)

〈표 2-3-17〉건강충격 유무에 따른 소득 차이 - 고용지위별 이중차이

(단위: 만원)

종사상지위 (2016)	2017	2018	2019
정규직	204	448	578
비정규직	3	81	61

주1) t년도 이중차이=(t년도 건강충격비발생군 소득 - 2016년 건강충격비발생군 소득) - (t년도 건강충격군 소득-2016년 건강충격군 소득)

□ 건강충격 유무에 따른 개인의 근로사업소득의 변화는 사업장 규모에 따라서도 차이를 보임.

- 5~49인 사업장의 경우, 건강충격으로 인해 330~599만원의 소득이 감소하는 것으로 나타났다으며, 300인 이상 사업장에서도 500만원 이상의 소득이 감소함. 이들 사업장의 소득감소는 앞서 확인한 근로일수 감소와 부합하는 결과로 보임(표 2-3-18, 표 2-3-19 참조).

〈표 2-3-18〉건강충격 유무에 따른 소득 변화 - 사업장 규모별 분석

(단위: 만원)

사업장규모 (2016)	건강충격 유무	2016	2017	2018	2019
5인 미만 (n=1469)	건강충격 무(n=1342)	2534	2622	2652	2540
	건강충격 유(n=127)	2104	2132	2163	2023
5~49인 (n=1366)	건강충격 무(n=1268)	2752	2892	2838	3014
	건강충격 유(n=98)	2499	2309	2137	2162
50~299인 (n=623)	건강충격 무(n=580)	3280	3370	3491	3587
	건강충격 유(n=43)	3058	3250	3207	3092
300인 이상 (n=623)	건강충격 무(n=586)	5292	5524	5810	5786
	건강충격 유(n=37)	5054	4780	4871	5017

〈표 2-3-19〉건강충격 유무에 따른 소득 차이 - 사업장 규모별 이중차이

(단위: 만원)

사업장규모 (2016)	2017	2018	2019
5인 미만	60	59	87
5~49인	330	448	599
50~299인	-102	62	273
300인 이상	506	701	531

주1) t년도 이중차이=(t년도 건강충격비발생군 소득 - 2016년 건강충격비발생군 소득) - (t년도 건강충격군 소득-2016년 건강충격군 소득)

□ 건강충격에 따른 근로일당 소득의 변화를 살펴보면, 상용직과 정규직에서 가장 크게 감소함.

- 종사상 지위별로는 건강충격을 경험한 상용직에서 그 격차가 가장 컸으며, 자영업, 임시일용직 순으로 나타남(표 2-3-20, 표 2-3-21 참조).

- 정규직과 비정규직 역시 사뭇 차이를 보였는데, 건강충격에 따른 근로일당 소득의 격차는 정규직에서 더 크게 나타남(표 2-3-22, 표 2-3-23 참조).

- 정규직 중 건강충격을 경험한 경우 건강충격이 발생한 2017년에는 근로일당 소득이 거의 차이가 없지만 이후 2년간 약 2만원의 차이가 나타났다. 건강충격을 경험한 정규직이 비정규직으로 전환된 결과 등이 반영된 것으로 보임.

- 이에 반해 비정규직의 경우는 전체적으로 정규직의 절반 수준의 근로일당 소득에 그치고 건강충격이 발생한 경우 건강충격을 경험하지 않은 경우에 비해 5~8천원의 차이에 그침.

〈표 2-3-20〉건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 변화 - 종사상지위별 분석

(단위: 만원/일)

종사상지위 (2016)	건강충격 유무	2016	2017	2018	2019
상용직	건강충격 무	16.8	17.6	19.1	20.0
	건강충격 유	16.2	17.0	17.1	17.7
임시일용직	건강충격 무	8.3	9.0	9.3	10.1
	건강충격 유	7.6	8.8	9.0	9.4
자영업	건강충격 무	9.7	10.6	11.6	10.6
	건강충격 유	7.3	7.5	7.9	7.3

주 1) 건강충격 유무에 따른 그룹 간 격차는 자영업에서만 통계적으로 유의함.

〈표 2-3-21〉건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 차이 - 종사상지위별 이중차이

(단위: 만원)

종사상지위 (2016)	2017	2018	2019
상용직	0	1.4	1.7
임시일용직	-0.5	-0.4	0
자영업	0.7	1.3	0.9

주1) t년도 이중차이=(t년도 건강충격비발생군 근로일당소득 - 2016년 건강충격비발생군 근로일당소득) - (t년도 건강충격군 근로일당소득-2016년 건강충격군 근로일당소득)



〈표 2-3-22〉건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 변화 - 고용지위별 분석

(단위: 만원/일)

고용지위 (2016)	건강충격 유무	2016	2017	2018	2019
정규직	건강충격 무	16.8	17.8	19.2	20.2
	건강충격 유	16.6	17.9	17.5	18.0
비정규직	건강충격 무	8.9	9.5	10.0	10.7
	건강충격 유	8.0	8.9	9.5	9.9

주1) 건강충격 유무에 따른 그룹간 격차는 통계적으로 유의하지 않음.

〈표 2-3-23〉건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 차이 - 고용지위별 이중차이

(단위: 만원)

종사상지위 (2016)	2017	2018	2019
정규직	-0.3	1.5	2.0
비정규직	-0.3	-0.4	-0.1

주1): t년도 이중차이=(t년도 건강충격비발생군 근로일당소득 - 2016년 건강충격비발생군 근로일당소득) - (t년도 건강충격군 근로일당소득 - 2016년 건강충격군 근로일당소득)

□ 사업장 규모별로는 50인 미만 사업장에서 건강충격에 따른 격차가 가장 크게 나타난.

○ 특히 5~49인 사업장의 경우 건강충격에 따른 근로일당 소득 변화가 크게 나타나며, 이는 앞서 살펴본 큰 폭의 근로일수 감소와 함께 소득 감소를 초래하고 있어 불리함이 확인됨. 반면, 300인 이상 사업장의 경우는 근로일당 소득변화가 크지 않았음(표 2-3-24, 표 2-3-25 참조).

〈표 2-3-24〉건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 변화 - 사업장 규모별 분석

(단위: 만원)

사업장규모 (2016)	건강충격 유무	2016	2017	2018	2019
5인 미만	건강충격 무	10.3	10.7	11.8	11.3
	건강충격 유	8.3	9.2	9.8	9.1
5~49인	건강충격 무	11.3	12.6	12.7	14.3
	건강충격 유	10.5	10.9	10.4	11.1
50~299인	건강충격 무	13.8	14.3	15.4	16.3
	건강충격 유	12.2	13.8	13.9	14.1
300인 이상	건강충격 무	22.3	23.3	25.7	25.7
	건강충격 유	20.3	21.7	22.6	23.3

주1) 건강충격 유무에 따른 그룹간 격차는 5인 미만 사업장(2016년, 2018년, 2019년), 5~49인 사업장(2018년)에서만 통계적으로 유의함.

〈표 2-3-25〉건강충격 유무에 따른 근로일당 소득 차이 - 사업장 규모별 이중차이

(단위: 만원)

사업장규모 (2016)	2017	2018	2019
5인 미만	-0.5	0	0.2
5~49인	0.9	1.5	2.4
50~299인	-1.1	-0.1	0.6
300인 이상	-0.4	1.1	0.4

주1): t년도 이중차이=(t년도 건강충격비발생군 근로일당소득 - 2016년 건강충격비발생군 근로일당소득) - (t년도 건강충격군 근로일당소득 - 2016년 건강충격군 근로일당소득)

## 다. 건강충격이 근로일수 및 소득수준에 미치는 영향에 대한 이중차이분석(DID) 결과

## 1) 건강충격이 근로일수 변화에 미치는 영향

□ 75세 이하 임금근로자 전체를 대상으로 한 분석 결과에서 건강충격은 연간 근로일수를 약 17일 감소시키는 것으로 나타남(표 2-3-26 참조).

○ 종사상 지위별로 살펴보면, 상용직보다 임시일용직에서 근로일수 감소 효과가 더 컸으며(14.0일 vs. 19.7일), 임시일용직의 경우 통계적으로 유의한 결과를 보임.

○ 정규직과 비정규직을 나누어 분석한 결과, 정규직보다 비정규직에서 건강충격 발생 시 근로일수가 더 크게 감소함(15.5일 vs. 17.5일) 감소함. 통계적으로는 정규직과 비정규직 모두 건강충격의 영향이 유의하게 나타남.

○ 사업장 규모별로는 50인 미만과 300인 이상 사업장이 각각 18일 정도로 건강충격에 따른 근로일수 감소의 크기가 비슷하였지만, 통계적으로는 50인 미만 사업장에서만 유의한 결과를 보임.

□ 65세 이하로 대상자를 한정한 결과에서도 대체로 비슷한 양상이 나타났는데, 다만 75세 이하에 비해 건강충격의 영향이 약간 작게 나타났으며, 통계적 유의성은 전체를 대상으로 분석한 결과에서만 관찰됨.

〈표 2-3-26〉건강충격이 근로일수에 미치는 영향

	전체	인구집단별 하위분석						
		종사상지위		고용지위		사업장 규모		
		상용직	임시일용직	정규직	비정규직	50인 미만	300인 미만	300인 이상
75세 이하	-17.0(6.6)**	-14.0(8.6)	-19.7(9.7)**	-15.5(9.3)*	-17.5(9.1)*	-18.4(8.8)**	-9.1(12.5)	-18.8(14.1)
65세 이하	-14.4(6.7)**	-12.5(8.3)	-16.8(10.8)	-13.6(9.0)	-14.8(10.0)	-14.2(9.1)	-9.9(12.8)	-18.3(14.6)

주:1) \*\*\*p&lt;0.01, \*\*p&lt;0.05, \*p&lt;0.1

2) 각 회귀계수는 건강충격(임원발생)이 근로일수에 미치는 영향을 의미하며, 회귀분석 시 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구주여부, 가구원수, 가구소득, 각 연도변수를 보정함.

## 2) 건강충격이 일당 소득 변화에 미치는 영향

- 건강충격이 근로자의 일당 소득에 미치는 영향을 DID분석을 통해 살펴본 결과, 75세 이하, 65세 이하 모두에서 건강충격이 일당소득을 낮추는데 유의하게 영향을 미친 것으로 나타남. 특히 65세 이하만을 분석한 결과에서 그 영향이 더 컸음(표 2-3-27 참조).

〈표 2-3-27〉 건강충격이 일당소득에 미치는 영향

	전체	인구집단별 하위분석						
		종사상지위		고용지위		사업장 규모		
		상용직	임시일용직	정규직	비정규직	50인 미만	300인 미만	300인 이상
75세 이하	-0.73(0.33)**	-1.54(0.55)***	0.14(0.38)	-1.46(0.59)**	-0.04(0.37)	-0.67(0.44)	0.005(0.50)	-1.57(0.99)*
65세 이하	-0.90(0.36)**	-1.57(0.55)***	-0.02(0.43)	-1.45(0.59)**	-0.26(0.43)	-0.89(0.49)*	-0.08(0.58)	-1.65(0.94)*

주: 1) \*\*\*p<0.01, \*\*p<0.05, \*p<0.1

2) 각 회귀계수는 건강충격(입원발생)이 일당소득에 미치는 영향을 의미하며, 회귀분석 시 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구주여부, 가구원수, 가구소득, 각 연도변수를 보정함.

- 종사상 지위별로 살펴보면, 임시일용직에 비해 상용직에서 감소효과가 더 크고 유의하였으며, 고용지위별로는 비정규직에 비해 정규직에서 감소효과가 더 크고 유의함.
- 사업장 규모별로는 300인 이상 사업장에서 소득 감소가 가장 컸으며, 통계적으로도 유의함. 65세 이하만을 분석한 결과에서는 50인 미만 사업장의 소득 감소 역시 유의하였지만, 회귀계수의 크기는 300인 이상에 비해 작았음.
- 즉, 건강충격이 일당 소득에 미치는 영향은 상용정규직, 대기업 종사자에서 더 크고 유의함. 이는 앞서 기술 분석 결과에서 살펴본 바와 같이 임시일용직, 비정규직의 경우 원래의 소득 자체가 정규상용직에 비해 매우 낮아 입원과 같은 건강충격의 상황에서도 제대로 쉴 수 없는 상황을 반영한 결과일 수 있음.

## 3) 건강충격이 개인의 연소득 변화에 미치는 영향

- 건강충격이 개인의 연소득에 미치는 영향을 DID분석을 통해 살펴본 결과, 건강충격은 건강충격 발생 이전에 비해 개인소득을 약 20% 정도(건강충격 발생 연도 및 1년 후 평균) 감소시키는 것으로 나타남. 65세 이하 전체를 분석한 결과에서는 약 12% 정도 감소한 것으로 나타남(표 2-3-28 참조).
- 통계적으로 유의하지는 않았지만 회귀계수를 살펴보면 상용직보다 임시일용직, 정규직보다 비정규직에서 소득 감소 영향이 크게 나타남. 하지만 분석대상을 65세 이하로 제한한 결과, 오히려 상용직과 정규직에서 소득감소의 크기가 더 컸음. 이는 건강충격에 따른 경제활동 영향이 더 클 수밖에 없는 노인들의 일자리 대부분이 임시일용직, 비정규직인 상황 때문으로 보임.

- 한편, 인구집단별로 가장 큰 격차를 보인 것은 사업장 규모별 분석결과였음. 300인 이상 대기업 종사자에서 소득감소율이 가장 크게 나타남.

〈표 2-3-28〉 건강충격이 개인소득에 미치는 영향

	전체	인구집단별 하위분석						
		종사상지위		고용지위		사업장 규모		
		상용직	임시일용직	정규직	비정규직	50인 미만	300인 미만	300인 이상
75세 이하	-0.20(0.11)*	-0.18(0.14)	-0.22(0.16)	-0.14(0.16)	-0.23(0.15)	-0.23(0.13)*	0.13(0.24)	-0.37(0.29)
65세 이하	-0.12(0.10)	-0.17(0.15)	-0.06(0.15)	-0.14(0.16)	-0.09(0.14)	-0.08(0.10)	0.10(0.25)	-0.40(0.31)

주: 1) \*\*\*p<0.01, \*\*p<0.05, \*p<0.1

2) 각 회귀계수는 건강충격(입원발생)이 연소득에 미치는 영향을 의미하며, 회귀분석 시 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구주여부, 가구원수, 가구소득, 각 연도변수를 보정함.

3) 종속변수는 개인소득을 로그변환한 값임.

## 제4절 결론

- 고용상태의 불리함과 건강수준의 취약함은 연관성이 매우 높음. 고용상태가 불안정할수록, 소규모 사업장일수록, 저임금근로자일수록 건강수준이 좋지 않지만, 근로자의 건강문제가 발생할 때 이에 따른 경제적 문제에 대응할 수 있는 사회적 안전망은 이들에게 오히려 취약함.
  - 현재 국내 의료보장제도인 건강보험은 질병이나 사고로 인한 노동력 상실과 이로 인한 소득 감소를 완화하는 소득보장 기능이 없으며 기업복지 차원에서 유·무급 병가가 제공되고 있음.
  - 고용상태가 불리할수록 기업복지 혜택에서 배제되어 있어 질병발생 시 경제적 타격이 불안정 근로자와 저소득층에서 크게 나타나는 구조임. 최근 플랫폼 노동 등 비표준적 노동의 비중이 높아짐에 따라 근로자의 건강문제가 발생할 때 경제활동과 경제상태에 미치는 영향을 완화하는 사회적 대응이 필요함.
- 질병발생의 경제적 영향에 대한 선행연구 검토 결과 질병발생의 영향은 단기간에 끝나지 않고 중장기적으로 고용상태, 임금, 소득에 영향을 미치며, 가구의 빈곤화를 야기함.
  - 건강충격으로 인한 경제활동과 경제상태의 변화를 분석한 일련의 선행연구에서 불안정 고용상태인 임시·일용직, 비정규직, 중소기업 근로자가 건강충격이 발생했을 때 실직하거나 이전보다 취약한 일자리를 가지는 경우가 많아 경제상태도 취약해지는 것을 확인하였음.
  - 특히 우리나라는 본인부담 비중에 비해 과부담 의료비 발생 수준이 높는데 이는 건강보험의 낮은 보장성 뿐만 아니라 소득 상실 등의 요인이 결부되어 있음을 의미하며, 이에 따라 현재와 같이 건강보험 보장성을 확대하려는 지속적인 노력 외에도 상병으로 인해 상실된 소득을 보전해주기 위한 정책 또한 마련될 필요가 있음을 의미함.
- 본 연구는 상병수당 제도 도입의 필요성 측면에서 건강충격이 경제활동과 소득변화에 미치는 영향을 파악하기 위하여 한국복지패널자료를 분석함.
  - 2015년과 2016년 경제활동 인구를 대상으로, 2017년 건강충격 발생 당시 75세 이하인 경우를 분석대상으로 하였음.
  - 2015년이나 2016년에 입원을 경험하지 않은 사람이 2017년에 새롭게 입원한 경우 중 입원 이유가 질병 또는 질병, 사고인 경우를 건강충격 발생으로 정의함.
- 분석 결과, 건강충격군은 비충격군에 비해 노동시장에서의 지위가 하락하는 비율이 더 높았음.
  - 상용직, 임시일용직, 자영업 모두 건강충격에 따른 지위하락이 나타났고, 건강충격을 경험한 임금근로자의 경우 상용정규직보다 비정규직에서 실직한 비율이 높게 나타나 더 불리함을 확인함.

- 건강충격은 근로자들의 연간 근로일수를 유의하게 감소시켰으며, 근로일수 변화는 임시일용직, 비정규직일 경우 크게 나타남.
  - 임금근로자에 대한 DID 분석 결과, 건강충격은 연간 근로일수를 평균 약 17일 정도 감소시키는 가운데, 상용직보다 임시일용직에서, 정규직보다 비정규직에서 근로일수를 더 크게 감소시키는 것으로 나타남.
  - 사업장 규모별로는 50인 미만과 300인 이상 사업장이 각각 18일로 건강충격에 따른 근로일수 감소의 크기가 비슷하였지만, 통계적으로는 50인 미만 사업장에서만 유의한 결과를 보임.
  - 300인 이상 사업장의 경우 50인 미만 사업장과 근로일수 감소 규모는 유사하였지만 대기업의 경우 유급병가가 제공되는 경우가 많다는 점을 고려할 때 근로일수 감소의 성격과 그 타격은 다를 수 있음.
- 건강충격 발생 후 소득감소 역시 종사상 지위와 고용지위별로 차이를 보임.
  - 상용직, 임시일용직, 자영업 모두 건강충격이 없던 그룹에서는 소득이 증가한 반면, 건강충격을 경험한 상용직과 자영업자들은 소득이 감소함.
    - 이는 상대적으로 가장 좋은 고용여건에 속하는 정규·상용직 근로자의 경우에도 상당수가 유급병가 혜택을 받지 못함에 따라 건강충격이 소득감소로 이어진 것으로 보이며, 건강충격에 따른 경제적 타격은 자영업에서 가장 큰 것으로 확인됨.
  - 건강충격은 건강충격 발생 이전에 비해 개인소득을 약 20% 정도(건강충격 발생 연도 및 1년 후 평균) 감소시키는 것으로 나타났으며, 일당 소득에 대한 DID 분석 결과, 건강충격이 일당 소득에 미치는 영향은 상용정규직, 대기업 종사자에서 더 크고 유의함.
    - 이러한 결과는 임시일용직, 비정규직의 연 평균소득이 정규상용직 근로자의 절반에도 미치지 못하는 최저임금 수준인 상황에서, 최소한의 기대소득을 유지하기 위해 아파도 제대로 쉴 수 없었기 때문일 수 있음.
- 본 연구에서는 건강과 노동의 상관관계에 대해 문헌을 고찰하고, 한국복지패널 자료를 이용해 건강이 노동에 어떤 영향을 미치는 지를 분석하였음.
  - 그 결과 상용정규직에 비해 사회경제적으로 낮은 지위에 있는 임시일용직이나 특수고용 비정규직의 건강상태가 더 열악한 것을 확인하였음.
  - 또한, 임금근로자의 건강충격은 노동시장에서의 지위를 불안정하게 만드는 원인이 되고, 그 결과 경제적으로도 영향을 받는 것 또한 확인하였음.
  - 이러한 연구결과를 종합하였을 때, 건강과 노동의 이중인과 관계를 통해 건강이 임금근로자

의 사회경제적 수준을 저하시키고 그로 인한 결과는 또 다시 건강에 영향을 미치게 됨을 유추할 수 있음.

- 따라서 본 연구 결과는 불건강이 사회경제적 지위 하락으로 이어지는 악순환의 연결고리를 끊어내기 위해서 근로자의 건강을 유지·증진 하게 하는 건강보험 보장성 확대 정책뿐만 아니라 상병기간 동안 상실된 근로소득을 보전하여 임금근로자의 사회경제적 지위 하락을 막을 수 있는 정책이 동시에 필요함을 의미함.



## 제4장

### 질병비용 및 상병수당 비용편익분석

제1절 근로자의 질병으로 인한 생산성 손실 비용

제2절 상병수당 비용 및 편익 관련 선행연구

제3절 상병수당 비용편익분석

## 제4장 질병비용 및 상병수당 비용편익분석

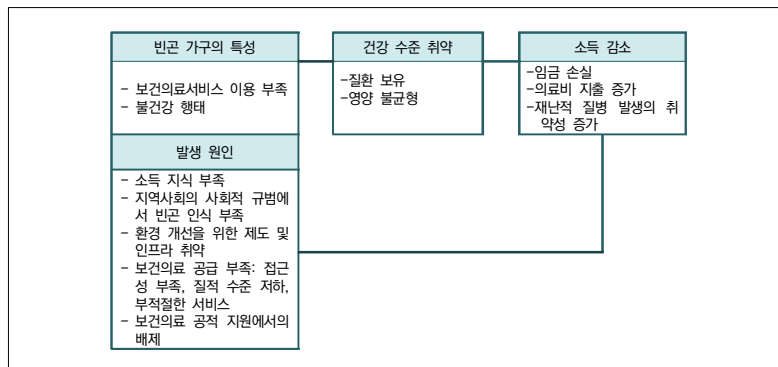
### 제1절 근로자의 질병으로 인한 생산성 손실 비용

#### 가. 근로자의 질병으로 인한 빈곤으로의 경로

##### □ 근로자의 질병으로 인한 빈곤으로의 경로

- 빈곤과 건강의 관계는 일방향의 관계가 아니라 상호 간에 원인과 결과로 작용하는 동태적 관계로 볼 수 있음.
- 빈곤으로 인하여 건강 수준이 악화되는 경로
  - 빈곤으로 인하여 의료 접근성이 취약해지면서 건강 수준이 더 악화되고, 빈곤으로 인하여 교육 및 지식을 쌓을 수 있는 기회가 축소되어 건강 수준이 악화
- 건강악화 또는 질병으로 인한 빈곤 발생
  - 질병이나 장애의 발생으로 인하여 노동생산성이 감소하거나 일자리를 잃어 소득이 감소함으로써 빈곤이 발생하며, 그리고 중증질환은 재난적 의료비를 발생시켜 빈곤으로 추락할 위험이 높음.

[그림 2-4-1] 빈곤과 건강의 흐름

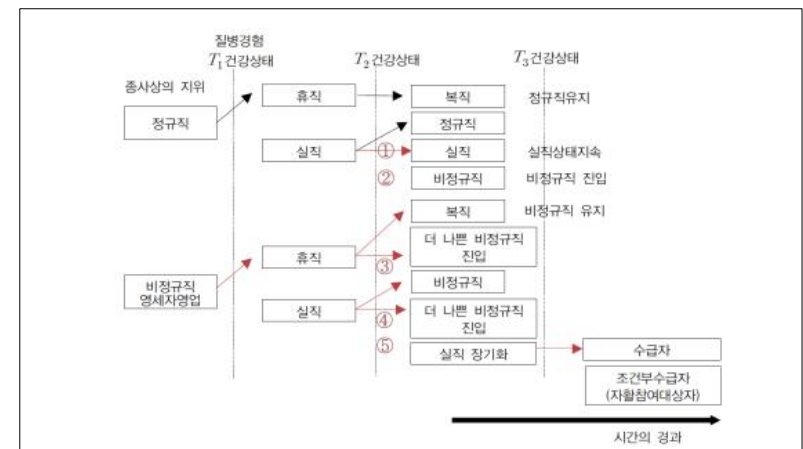


- 취약한 건강은 저임금 또는 무소득으로 인한 소득 감소로 이어짐. 이는 빈곤을 악화시키며 취약한 건강 상태를 더욱 나쁘게 할 수 있어, 빈곤과 건강 악화가 원인과 결과를 반복하면서 악순환을 심화시킬 수 있음.

##### □ 이승윤, 김기태(2017) 아픈 노동자는 왜 가난해지는가. 한국사회정책 제24권 제4호, 113-150

- 비정규직 노동자는 정규직 노동자보다 더 다양한 경로로 빈곤의 위험에 노출
- 건강상의 문제로(건강상태) 휴직하게 되었다가 질병에서 벗어난 뒤(건강상태) 더 나쁜 비정규직으로 진입하게 되거나(유형③), 건강상의 문제로(건강상태) 실직하게 되었다가 질병에서 벗어난 뒤(건강상태) 더 나쁜 비정규직으로 재취업하게 된 경우에는(유형④) 기존의 종사상 지위인 비정규직은 그대로 유지하지만 기존과 동일한 수준의 소득보장을 받기 어려워 소득이 낮아지게 된다. 마지막으로 비정규직 노동자가 건강상의 문제로(건강상태) 실직한 뒤 시간이 경과하면서 실직이 장기화 될 경우에는 기존의 종사상 지위와 소득이 모두 보장되지 않아 빈곤으로 유입되게 되며(유형⑤) 수급자 혹은 조건부수급자(자활참여대상자)가 되어 국민기초생활보장제도의 대상자가 됨.

[그림 2-4-2] 건강상태와 종사상 지위 변화의 경로들



자료: 이승윤, 김기태(2017)

##### □ 상병수당에 따른 빈곤을 감소 효과

- 상병수당 도입에 따라 빈곤율이 완화되는 효과를 보임.

〈표 2-4-1〉상병수당 구축에 따른 빈곤율 감소 효과

구분	지급 전	1안	2안	3안	4안
급여수준	-	이전소득의 60%	이전소득의 60%	이전소득의 45%	이전소득의 45%
대기기간	-	없음	3일	없음	3일
급여기간	-	52주	52주	52주	52주
보장범위	-	상한: 고용부 임금고시액 1.8% 하한: 최저임금 100%			
빈곤율	34.9%	27.4%	29.1%	28.5%	30.3%

자료: 이해연(2020) 한국형 상병수당의 구축과 빈곤완화효과, 석사학위논문

## 나. 고용주의 편익

- 고용주는 상병수당 도입에 대해 다소 부정적인 견해를 지닐 수 있음. 왜냐하면 상병수당이 목적 이외로 사용되거나 기업의 재정부담을 증가시킬 수 있다는 우려가 있기 때문임.
- 그러나 상병수당 도입을 통해 고용주에게도 상당한 편익이 발생한다는 실증분석 결과가 다수 존재함.
  - 상병수당은 노동자에게만 편익이 발생하는 것이 아니라 고용주에도 많은 편익이 발생하며, 이에 관한 구체적인 실증 결과를 살펴보면 다음과 같음.

### 1) 직무 대체 감소를 통한 편익

- Cooper PF, Monheit AC. Does employment-related health insurance inhibit job mobility? Inquiry. 1993; 30:400-416.
  - 직무교체로 인해 고용주는 연간 25%~200%의 비용이 발생
  - 상병수당을 통하여 3.61%~6.43%까지의 직무교체를 감소시킬 수 있음.

### 2) 근로자의 결근 감소를 통한 잠재적 편익

- Asfaw A et al.(2017) Potential Economic Benefits of Paid Sick Leave in Reducing Absenteeism Related to the Spread of Influenza-Like Illness. Occup Environ Med. 59(9): 822-829.
  - 대부분의 미국 고용주에게 상병수당(paid sick leave: PSL)을 제공하도록 강제하고 있지는 않으며, PSL을 제공한 결과에 대한 경제적 수익에 대한 정보도 제한적임. 본 연구에서는 독감과 같은 질병이 확산될 경우에 결근을 감소시키는 PSL에 대한 고용주의 잠재적 편익을 측정함.

## ○ 연구방법

- 음이항랜덤효과모형(negative binomial random effect modes)과 전국대표적 데이터(MEPS) 활용하여, 질병 또는 사고로 인한 결근감소에 대한 PSL의 영향을 측정
- 총 결근일수에서 인플루엔자 비중, 작업장에서의 인플루엔자 확산율, 임금 등의 변수는 기존 발표된 통계 데이터 활용

## ○ 연구결과

- 상병수당(PSL)을 제공하는 것은 고용주에게 \$0.63~\$1.88 billion(2016년 달러기준)의 절감 효과(2007~2014년 동안의 인플루엔자 관련 연간 결근 비용 감소)

## □ The Council of Economic Advisers(2014) The economics of paid and unpaid leave

- 미국의 최근 서베이에 의하면 근로자의 73%가 질병으로 unpaid leave를 하였고, 60%가 출산에서 unpaid leave를 한 것으로 조사됨.
- 이 연구는 고용주의 관점에서 working family leave 프로그램의 비용 및 편익을 검토. 근로자 채용 개선, 근로의욕강화 등으로 장기 생산성에 긍정적 효과를 가질 수 있음을 제시.

## □ Squires H et al.(2011) Cost-effectiveness of interventions to return employees to work following long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders. Journal of Public Health Vol. 34, No. 1, pp. 115-124

- 영국의 근골격계 질환으로 인한 근로자 결근에 따른 연간 비용은 약 £20 billion에 해당됨.

## □ Gianino M et al.(2019) Cost of Sickness Absenteeism during Seasonal Influenza Outbreaks of Medium Intensity among Health Care Workers. Int. J. Environ. Res. Public Health. 16, 747

- 이탈리아의 계절성 인플루엔자로 인한 근로자의 결근 비용 측정

## 3) 근로자의 프리젠테즘 비용 감소

## □ Hemp P. Presenteeism: at work-but out of it. Harvard Bus Rev. 2004; 82:49-58.

- 미국 기업의 노동자 프리젠테즘(presenteeism, 신체정신적으로 아파에도 불구하고 회사에 출근하는 행위)으로 인한 비용은 2002년 기준으로 \$150 billion 이상의 비용이 발생
- 따라서 상병수당은 노동자가 적시에 의료서비스를 제공 받고 집에서 보다 빨리 회복하도록 하여 이러한 presenteeism 비용을 감소시킬 수 있음.



## □ 프리젠티즘을 측정하는 방식

- 시간당 생산성 손실을 직접 측정
- 주관적으로 인식된 생산성 손실(%)을 추정
- 유사한 업무를 지닌 집단 대상으로 생산성(0점~10점) 조사하여 생산성 손실과 비교

## □ 프리젠티즘의 화폐가치를 측정하는 방식

- 생산성손실에 대해 시간당 또는 일당 평균 임금 등으로 전환하여 산출

〈표 2-4-2〉 프리젠티즘에 대한 선행 연구 결과

저자	국가	임상적 영역	Cost Of Illness 방법 적용
Burton et al.	미국	다양한 건강상태	연간 프리젠티즘 비용: \$99~185million
Collins et al.	미국	만성질환	근로자 1인당 프리젠티즘 비용: \$6,721 총생산성 비용의 10%
Cooksey	미국	강직성 척수염	연간 비용: £3,425
Daley	캐나다	수면부족	연간 비용: \$5 billion
Finkelstein	영국	비만	연간 비용: \$555~\$3,792
Zhang	캐나다	류마티스 관절염	연간 비용: \$3,402

## 4) 작업장에서의 사고 및 손상 발생 감소

- Asfaw A, Pana-Cryan R, Rosa R. Paid sick leave and nonfatal occupational injuries. Am J Public Health. 2012; 102:e59-e64
- 질병이나 스트레스는 안전한 업무수행 또는 의사결정을 하는 능력을 손상시킬 수 있으며, 이로 인해 작업장 사고의 발생위험을 증가시킬 수 있음.
- 상병수당이 있는 근로자는 상병수당이 없는 근로자보다 작업장 사고가 28% 감소됨.

## 5) 근로자 질병 예방을 통한 고용자부담 사회보험료 감소

- Wilson FA, Wang Y, Stimpson JP. Universal paid leave increases influenza vaccinations among employees in the US. Vaccine. 2014; 32:2441-2445
- 상병수당제도가 있는 고용주는 종업원에게 인플루엔자 백신 접종을 더 독려(Odds Ratio=1.42)하고, 결과적으로 결근과 의료비 절감의 편익이 있음.

## 다. 근로자의 편익

## 1) 근로자의 건강수준 유지 및 만성질환 중증화 예방

## 2) 근로자의 고용 안정 및 소득 감소 예방

- Callison K, Pesko M.(2017) The Effect of Paid Sick Leave Mandates on Access to Paid Leave and Work Absences. Upjohn Institute working paper : 16-265

## ○ 연구목적

- 미국에서의 PSL 규정이 PSL 접근성과 민간영역의 근로자 결근에 미치는 영향을 평가
- PSL 규정에 영향을 받는 주에 소속된 근로자의 성과 변화와 PSL의 규정이 없는 주의 근로자의 변화를 비교함.

## ○ 연구방법

- NHIS 데이터, 통계청 데이터 등 활용
- 접근성 지표
  - “Do you have paid sick leave on this main job or business?”
  - “During the past 12 months, about how many days did you miss work at a job or business because of illness or injury (do not include maternity leave)?”

## - DID 모형 적용

## ○ 연구결과

- PSL 규정은 PSL 급여(benefits)에 대한 접근성을 증가시킴. 특히, 여성과 전통적으로 PSL에 접근성이 낮은 직종이 있는 산업군의 근로자들의 접근성을 증가시킴.

- Nelsen M. The effect of mandatory paid sick leave policies: Reviewing the evidence. the Freedom Foundation.

## ○ 상병수당 효과의 양 측면에 대한 문헌 고찰

- Ziebarth N(2016) Labor Market Effects of US Sick Pay Mandates IZA Discussion Paper No. 9867

- 미국에서 상병수당이 도입될 경우에, 임금과 고용에 어떠한 변화를 출지에 대한 실증적 평가

- 데이터: Quarterly Census of Employment and Wages (QCEW)
- 분석방법: Synthetic Control Group Method (SCGM).
- 분석결과: 상병수당 도입으로 고용과 임금증가를 둔화시킨다는 근거를 발견하지 못함.

□ Maclean, Pichler, Ziebarth(2020) Mandated Sick Pay: Coverage, Utilization, and Welfare Effects. NBER Working Paper No. 26832

- 미국의 상병수당 도입에 따른 노동시장 효과 평가
- National Compensation Survey 데이터 활용, DID 분석
- coverage rates, sick leave use, labor costs, and non-mandated fringe benefits에 대한 영향 분석
- 상병수당도입으로 다른 급여에 대한 구축효과는 나타나지 않았으며, 후생을 증가시킴.

## 라. 사회적 편익

- 근로자의 재활(rehabilitation) 및 복귀(reintegration)의 사회경제적 편익
  - 고용주의 측면: 근로자의 이직률을 감소시키는 데 따른 효과는 사업 운영에서의 유기적 연계성을 확보하고 경제적 생산성을 향상시키는 것을 의미함
    - 신규 인력의 채용과 이들의 교육 및 훈련과 관련한 비용을 절감할 수 있음.
    - 즉, 근로자의 건강상의 이유 또는 부상 등의 이유로 휴직한 근로자의 직장복귀를 위한 지출은 고용주의 비용관리 및 기업 경쟁력 확보에 중요한 요소로 작용하게 됨.
  - 정부 및 사회보장기관의 측면: 근로자의 직업 복귀를 위한 다양한 정책 및 프로그램을 통하여 명확한 경제적 편익을 달성할 수 있음.
    - 근로자를 다시 직장으로 복귀시킴으로써 실업상태 근로자의 소득보장, 장애연금 등의 보험급여 지급액을 감소시킬 수 있음.
    - 신속하게 의료적 치료를 받게 될 경우에 중증화로 인한 의료비 지출을 절감할 수 있으며, 적시 치료를 받지 않게 됨으로써 직업에 복귀할 수 없게 된 경우 신체기능제한 및 장애로 인해 추가적인 사회보장지출의 규모가 확대될 수 있음.
  - 근로자의 직업 복귀 지원 정책을 통하여 국가 경제에 미치는 부정적 영향을 최소화 할 수 있음.
    - 실업예방 및 취업확대를 통하여 근로소득세가 증가하게 되고, 이는 다시 사회투자로서 이어 경제의 선순환 구조를 확보할 수 있음.
  - 개인 및 가족의 측면: 의료비 지출을 절감하고 간병과 관련한 부담을 감소시킬 수 있음.

- 국제사회보장협회(ISSA)의 직업복귀프로그램에 대한 투자수익률 분석 사례
  - 국가별 사회보장기관의 재정투자 및 재정 투자수익률(ROI)

재활 및 복귀 조치
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 외래(ambulatory) 재활은 병원 환자에게 제공되는 의료의 한 형태</li> <li>• 입원(stationary or inpatient) 재활은 병원이나 재활 클리닉에 입원치료가 필요한 환자에게 제공하는 의료의 한 형태</li> <li>• 직업(vocational) 재활은 고용관계 유지의 어려움을 극복하기 위해 사용되는 재활형태</li> </ul>

- 직업복귀조치에 대한 경제적 이익
  - 비용효과성분석: 결과 값은 예방된 고용손실 또는 누적 휴업일수와 같은 수치적인 측정 단위에 따라 평가된다.
  - 비용-편익분석: 보다 광범위한 가치들이 경제적(금전적) 편익에 포함. 이를 위해서는 수치적 측정단위를 경제적 가치로 변환해야 함(Drummond et al., 2015).
  - 간접적 편익 포함: 휴업일수(absenteeism)예방, 고용손실예방 등
- 3가지 효과크기 시나리오의 개발과 함께 근로상태(working status) 변화의 두 가지 특별한 측면, 즉 직업복귀 가능성의 증가 및 휴업일수(absenteeism)에 미치는 영향을 모델링
  - 작은 규모의 치료 효과크기에서는 직업복귀 확률에 있어 1.5 향상도(improvement), 중간 규모 치료 효과크기에서는 2.5 향상도를, 대규모 치료 효과크기에서는 4.3향상도를 보임.
  - 재활 대상 근로자들 중 일부가 재활조치 없이 직업복귀 하는 것을 고려하여, 대신 휴업일수의 변화를 모델링한 결과, 작은 규모의 치료 효과크기에서는 병가(휴업)에 있어 20% 감소를 가져왔고, 중간 규모 치료 효과크기에서는 50% 감소를, 대규모 치료 효과크기에서는 80% 감소 효과
  - 직업복귀 가능성의 7% 증가는 치료받는 100명 중 추가적으로 7명이 직업에 복귀하는 결과
  - 중간규모 시나리오에서는 13명의 고용손실 예방과 1,050일(75명×14일)의 휴업일수 예방 결과

(표 2-4-3) 효과크기 및 시나리오 가정(재활을 받지 않을 경우 근로자 건강상태)

효과크기	효과없는 경우	소규모 효과	중간규모 효과	대규모 효과
직업복귀확률	1	1.5	2.5	4.3
휴업일수 감소도	0	0.2	0.5	0.8

〈표 2-4-4〉시나리오 가정별 직업복귀 가능성 및 휴업일수

시나리오 가정	직업복귀 가능성	휴업일수
외래재활	75%	28
입원재활	60%	42
직업재활	45%	56

주: 효과규모에 대한 세가지 시나리오는 현상의 강도를 판단하기 위한 측정방법, 즉 효과크기(effect size)를 일반화시킨 Cohen사(1988)의 통계로직을 바탕으로 설계

〈표 2-4-5〉효과크기 및 시나리오 가정(재활을 받지 않을 경우 근로자 건강상태)

시나리오 가정	직업복귀 가능성(%)			휴업일수(일)		
	소규모 효과	중간규모 효과	대규모 효과	소규모 효과	중간규모 효과	대규모 효과
외래재활	7	13	18	6	14	22
입원재활	9	19	27	8	21	34
직업재활	10	22	33	11	28	45

#### ○ 재해 근로자가 근로 불능인 경우 고용주에게 발생하는 생산 손실분 측정 방법

- 인적자본 접근법(human capital approach)과 마찰비용 접근법(friction cost approach)은 근로 불능으로 인한 생산성 손실을 평가하는데 사용되는 주요 모델임(Drummond et al., 2015).
- 마찰비용 접근법의 기본 개념은 근로자 휴업에 기인한 생산량 손실은 단기 및 장기적으로 고용 손실을 보전(대체 인력 등)할 수 있는 기업의 능력에 따라 좌우됨.
- 인적자본 접근법의 경우 생산성 효과에 대한 보다 용이한 계산을 가능케 하지만, 하루하루의 근로 불능 상태는 결국 전체 임금 손실로 평가되기에, 마찰비용 접근법이 실제 생산량 손실과 관련하여 보다 현실적인 추정치를 제공(Koopmanschap et al. 1995).
- 인적자본 접근법에서와 같이 전체 임금 손실을 시뮬레이션 하면 단기 간의 손실된 생산량이 보통 동료들에 의해 보전되기에 실제 재활조치 효과를 과대 평가하게 됨. 게다가 고용주는 마찰 기간이 지나면 대체 근로자를 고용할 수 있음. 따라서 생산성은 새로운 직원을 고용한 이후 잠재적으로 원래 수준으로 다시 재설정 될 수 있음. 이에 생산성 손실이 발생하는 기간은 전통적인 인적자본 접근법을 기반으로 한 추정치에 비해 현저히 짧아짐(Drummond et al., 2015).
- 이 연구에서는 마찰비용 접근법을 사용하여 직업 복귀 조치가 경제적 생산성에 미치는 영향을 추정함.
  - 단기 : 추가적인 초과근무 비용으로 동료에 의해 일부 생산성이 보전되기에 부분적으로만 생산성 손실이 발생함.

- 장기 : 새로운 직원을 채용하고 훈련시키는데 필요한 비용을 바탕으로 원래의 생산성 수준을 재설정함.
- 마찰 기간은 빈 자리를 충원하고 신규 직원을 이전 직원 수준까지 교육시키는데 소요되는 시간에 따라 결정
- 근로자가 근로 불능 기간 동안 얼마나 많은 작업량이 손실되는지를 알기 위해 노동 공급의 변화에 대한 생산의 탄력성을 추정

〈표 2-4-6〉국가별 마찰비용 변수 개요

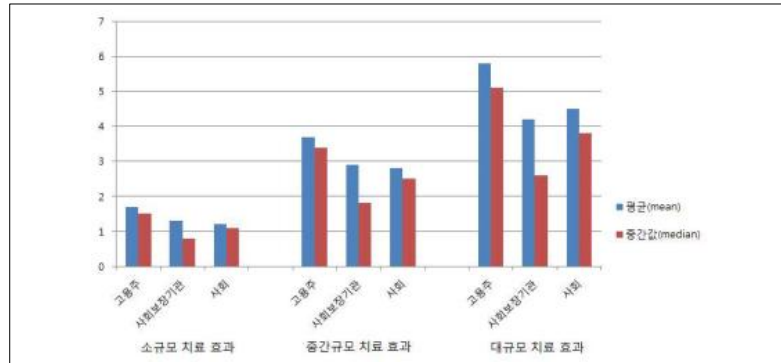
국가	평균월급여 (US\$)	마찰기간 (주)	초과근무 비용	노동에 대한 생산의 탄력성
오스트리아	2,899	10	150%	0.2
캐나다	3,293	10	150%	0.2
칠레	969	8	150%	0.4
핀란드	4,283	10	150%	0.2
독일	3,540	11	125%	0.2
인도네시아	284	8	150%	0.4
이탈리아	3,325	10	110%	0.2
말레이시아	600	8	150%	0.4
뉴질랜드	3,446	10	150%	0.2
폴란드	1,123	8	150	0.4
미국	4,800	8	150	0.2

주: 초과근무비용: 동료들이 손실된 작업량 중 일부를 대신 하기 때문에 초과근무

#### ○ 고용주, 사회보장기관 및 사회전반에 대한 투자수익률

- 고용주의 투자수익률 평균 및 중간 값: 소규모 치료 효과를 가정할 때, 고용주는 2년 동안 평균 1.7(중간 값 = 1.5)의 투자수익
- 이는 장기적인 비용 절감 및 생산성 증대의 결과로 초기 생산성 손실이 170% 만큼 상쇄되어 손실 분 이상으로 수익이 발생하였음을 제시
- 중간규모 효과를 가정했을 때 고용주는 2년 동안 투자수익을 평균 3.7(중간 값 = 3.4)을 얻는 것으로 산정되었고, 나아가 대규모 효과 가정 하에 평균 투자수익은 5.8(중간 값 = 5.1)로 더욱 상승
- 직업 복귀가 고용주에게 주는 편익이 발생 비용보다 높음

[그림 2-4-3] 직업 복귀의 경제적 효과 연구 방법



〈표 2-4-7〉비용-편익 비교

	편익	비용
고용주	- 생산성 증가 - 초과근무 비용 감소 - 신규채용 비용 감소	(손실기간동안) 생산성 하락 (동료근로자의) 초과근무 비용 증가
사회보장기관	- 보험급여 지출액 감소 - 보험료 증가	재활조치 비용 초과근무비용 증가
사회전반	- 생산성 증가	(손실기간동안) 생산성 하락

□ WHO의 질병 및 사고로 인한 경제적 결과 측정에 대한 가이드<sup>36)</sup>

- 유병과 사망을 측정하는 것은 질병부담(burden of disease) 산출에 중요한 요소임. 그러나 단순히 유병과 사망만을 중점적으로 본다면, 질병으로 인해 사람들의 후생에 미치는 부정적 영향(adverse impact)을 전달하기에는 제한적임. 특히, 불건강으로 인한 경제적 결과가 중요할 수 있음. 예상치 못한 의료비 지출의 증가, 소득 또는 생산성 감소와 같은 건강 'shock'은 빈곤의 주요 위험요인으로 작용하게 됨.
- 건강과 부의 긍정적 관계는 보건의료시스템에 대한 투자를 정당화하는 중요한 논의의 기초가 되고 있음. 따라서 질병감소로부터 얻게 되는 경제적 편익, 경제적 영향을 측정하는 것은 매우 중요한 작업임.
- 실제로, 많은 보건의료정책에 대한 질문이 있고, 이는 불건강이 가계, 기업, 정부의 미시경제적 수준에서 뿐만 아니라, GDP 또는 GNI에 미치는 거시경제적 수준에 대한 경제적 영향 연구가 이에 답할 수 있음.

〈표 2-4-8〉경제적 영향 연구에서 언급된 보건의료정책 질문 사항

구분		정책적 질문 사항
거시	사회	1. 불건강은 GDP 또는 성장률에 어떤 영향을 미치는가?
		2. 질병으로 인해 사회는 얼마나 많은 비용을 지불해야 하는가?
		3. 사회적 생산(손실된 시간 및 비시장 소비 기회) 또는 사회적 후생에 좀 더 일반적으로 영향을 미치는 것은 무엇인가?
미시	가구	1. 불건강이 가구의 소득 및 소비 패턴에 어떤 영향을 미치는가?
		2. 질병으로 인해 가구는 얼마나 많은 비용을 지불해야 하는가?
	기업	1. 불건강이 기업의 운영비용, 결과물 또는 수익에 어떤 영향을 미치는가?
		2. 불건강이 작업장에 미치는 영향은 무엇인가?
	정부	1. 정부지출에서 얼마의 비중이 질병피해를 위한 방안에 사용될 수 있고 절감될 수 있는가?
		2. 정부인력 및 역량으로 서비스를 제공하여 불건강에 어떤 영향을 미칠 수 있는가?

〈표 2-4-9〉경제활동에 따른 사고 및 질병의 경제적 비용 유형 분류

	노동자, 가족, 커뮤니티	고용주	시스템/공공부문	사회
직접비용	제도적 보건의료비용 부담분 비공식적 간병비용 본인부담비용	제도적 보건의료비용 부담분	제도적 보건의료비용 부담분	
간접비용	보상받지 못한 임금손실분 소득급여 손실 가정 생산성 손실	대체인력 임금분 고용주의 조정비용(3일 이상의 결근의 경우)	대체인력 임금분 보험행정비용	노동자, 근로자, 커뮤니티 +고용주+시스템/공공부문
무형비용	건강관련 삶의 질 손실비용 (QALY의 화폐단위)			

주: 고용주의 조정비용=생산성손실(0.5일×1일 managerial income)+행정비용(2.5시간×사무직직원의 임금)

QALYs were monetised using a price weight of EUR 41,100 per QALY (NICE, 2013)

자료: Tompa et al. Economic burden of work injuries and diseases: a framework and application in five European Union countries. BMC Public Health (2021) 21:49

〈표 2-4-10〉고용주, 근로자, 지역사회의 경제적 비용 유형

유형	전체	고용주	근로자	사회
생산손실비용	생산 손실	초과근무수당 초과근무프리미엄	소득손실	사회보장지출 임금의 일시적 손실에 대한 근로자 보상 세금 감소
인적자본비용	직원의 대체근무비용 질병 및 사고이전과 이 후의 소득에 대한 현재 가치 손실	병가 직원대체비용	소득감소	소득감소에 대한 사회 보장지출
의료비용	의료 및 재활비용	보험료 기준선 인상	개인 의료비지출	공공의료비 지출
행정비용	법적 비용 조사비용 이동비용	기업부과벌금 등 고용주 조사비용	실질법적조치비용 행정처리위한 이동비용	행정강제 등의 비용 제도적행정비용
기타	돌봄비용 돌봄을 위한 시설장비 등		돌봄비용 돌봄지원기구비용	돌봄자 비용 돌봄지원기구 보상비용

36) WHO, GUIDE TO IDENTIFYING THE ECONOMIC CONSEQUENCES OF DISEASE AND INJURY

〈표 2-4-11〉중증도 유형별 분류

중증도 유형	중증도 수준	정의
단기 결근	5일미만의 결근	경도한 사고 또는 질병, 일상적인 업무로부터 5일 이내의 결근이지만, 원래의 건강상태로 돌아감
장기 결근	5일 이상의 결근 및 근로복귀	경도한 사고 또는 질병, 일상적인 업무로부터 5일 이상 6개월 이내의 결근이지만, 원래의 건강상태로 돌아감
부분 근로무능력	5일 이상 결근 및 업무량감소(소득감소)	사고 또는 질병으로 인해, 6개월 이후에 직장복귀
완전 근로무능력	근로복귀가 어려운 상태	사고 또는 질병으로 인해, 직장에 복귀할 수 없는 상태
사망	사망	사고 또는 질병으로 인한 사망

자료: Safe Work Australia(2015). The cost of work-related injury and illness for Australian employers, workers, and the community, 2012-13<sup>37)</sup>

〈표 2-4-12〉중증도 유형별 해당사항

유형	중증도 유형				
	단기결근	장기결근	부분 근로무능력	완전 근로무능력	사망
생산성손실	○	○	○	○	○
초과근무비용	○	○	○	○	○
고용주부담	○	○	○	○	○
현재소득손실(사회보장급여)		○	○	○	○
채용, 교육훈련, 직원 대체비용			○	○	○
미래소득손실(인적자본비용)			○	○	○
의료 및 재활비용	○	○	○	○	○
정부의 수입감소		○	○	○	○
간병, 요양비용				○	
법, 행정비용				○	○
이동비용	○	○	○	○	○

자료: Safe Work Australia(2015). The cost of work-related injury and illness for Australian employers, workers, and the community, 2012-13

## 제2절 상병수당 비용 및 편익 관련 선행연구

□ 근로자가 건강상 문제 또는 심각한 스트레스를 가지고 있을 때, absenteeism 또는 프리젠티즘으로 인한 인적 자본 손실의 사회경제적 비용이 발생.

□ 사업장에서 근로자의 좋지 않은 건강상태에 따른 경제적 부담은 의료비용뿐 아니라 결근으로 인한 건강관련 생산성 손실("absenteeism")과 관리받지 못한 질병 또는 건강위험을 가지고 일하는 동안에 생산성(또는 성과)이 감소("presenteeism")되는 결과가 나타남.

□ 일부 연구에서는 이러한 absenteeism과 presenteeism으로 인한 경제적 부담은 치료를 위한 의료비보다 높은 비용이 지출된다는 결과를 제시하고 있음.

○ Brady W, Bass J, Moser R, Anstadt GW, Loeppke R, Leopold R. Total corporate health costs. J Occup Environ Med. 1997;39:224-231.

○ Loeppke R, Taitel M, Haufle V, Parry T, Kessler RC, Jinnett K. Health and productivity as a business strategy: a multiemployer study. J Occup Environ Med. 2009;51:411-428.

○ Loeppke R, Taitel M, Richling D, et al. Health and productivity as a business strategy. J Occup Environ Med. 2007;49:712-721.

□ presenteeism의 화폐가치를 측정

○ presenteeism에 대한 생산성 손실 측정 방법(Nagata et al., 2018<sup>37)</sup>)

- 생산성 손실 비율=1-Quantity(0-10)\*Quality(0-10)/100

- presenteeism에 대한 생산성 손실=일인당 시간당 평균급여×8(1일 근무시간) ×생산성손실비율 × 3개월간 동일상태를 지닌 일수 × 4(연간단위로 환산)

## 가. 프리젠티즘 비용 산출 방법 및 결과

### 1) 프리젠티즘 비용 산출 방법

□ 본 연구에서의 presenteeism으로 인한 생산성 손실 비용 산출 방법

$$\text{presenteeism cost} = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^k (w_{ij} \times D_{ij} \times LR_{ij} \times rate_{ij})$$

37) Nagata T. et al.(2018) Total Health-Related Costs Due to Absenteeism, Presenteeism, and Medical and Pharmaceutical Expenses in Japanese Employers. JOEM 60(5)

- $w_{ij}$ =일인당 평균 일급여
- 생산성 손실 비율( $LR_{ij}$ )=1-양적손실&질적손실(설문문항‘건강문제에도 불구하고 일하는 동안 노동력 발휘 수준’)/100
- $D_{ij}$ =연간 프리젠테즘 일수
- 연간 presenteeism 경험 유병률( $rate_{ij}$ )= 전체근로자 중에 일년동안 건강문제가 있으나 출근한 근로자 비율
- j=종사상 지위
- i=1 ... n : i번째 경제활동참가자

## 2) 프리젠테즘 비용 산출을 위한 자료원

□ 프리젠테즘 비용 산출에 활용한 주요 자료원을 살펴보면 다음과 같음.

- 근로시간통계: 고용노동부 고용형태별근로실태조사,
- 노동생산성통계: 사업체노동력조사, 전국사업체조사, 경제활동인구조사 등
- 기업체소요비용: 기업체노동비용조사(채용 및 교육훈련비용, 사회보험비용

□ 프리젠테즘 비용을 산출하기 위해 우리나라 경제활동인구, 취업자의 연령별 분포를 활용하여 본 연구에서 수행한 조사를 전체 인구로 전환하였음.

〈표 2-4-13〉연령별 경제활동인구: 2020년 기준

(단위: 천명, %)

구분	15세이상 인구 (천명)	경제활동인구 (천명)	취업자 (천명)	실업자 (천명)	비경제활동인구 (천명)	경제활동참가율 (%)	실업률 (%)	고용률 (%)
29세이하	8,911	4,133	3,763	371	4,778	46.4	9.0	42.2
30~39세	7,128	5,558	5,364	195	1,569	78.0	3.5	75.3
40~49세	8,234	6,510	6,346	164	1,724	79.1	2.5	77.1
50~59세	8,553	6,548	6,356	191	2,005	76.6	2.9	74.3
60세이상	11,960	5,264	5,076	188	6,696	44.0	3.6	42.4

자료: 통계청, 국가통계포털(KOSIS) 2021.6.30. 인출.

□ 일평균 임금을 도출하기 위해 고용노동부에서 조사한 연령별·종사상지위별 월임금총액 자료와 월평균 근무일수를 활용하여 일(日)단위로 환산하여 적용함.

〈표 2-4-14〉연령별·종사상지위별 월임금총액: 2020년 기준

(단위: 천원)

구분	상용근로자	임시근로자	일용근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자
29세이하	2,714	1,257	1,257	2,714	1,317
30~39세	3,634	1,957	1,957	3,634	2,119
40~49세	4,174	1,770	1,770	4,174	2,106
50~59세	4,059	1,713	1,713	4,059	2,003
60세이상	3,099	1,586	1,586	3,099	1,691

자료: 고용노동부 「고용형태별 근로실태조사」

〈표 2-4-15〉연령별·종사상지위별 월평균 근무일수: 2020년 기준

(단위: 일)

구분	상용근로자	임시근로자	일용근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족종사자
29세이하	22.0	15.7	15.7	22.0	15.7	15.7
30~39세	22.0	18.5	18.5	22.0	18.5	18.5
40~49세	22.1	16.8	16.8	22.1	16.8	16.8
50~59세	22.1	16.4	16.4	22.1	16.4	16.4
60세이상	22.1	17.5	17.5	22.1	17.5	17.5

자료: 고용노동부 「고용형태별 근로실태조사」

□ 프리젠테즘으로 인한 생산성 손실 비율을 구성하기 위해 본 연구에서 수행한 조사 데이터를 활용하여 연령별·종사상지위별 취업자 수와 프리젠테즘 경험율을 적용함.

〈표 2-4-16〉연령별·종사상지위별 취업자수: 2020년 기준

(단위: 천명)

구분	상용근로자	임시근로자	일용근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족종사자	계
29세이하	2,284	991	224	65	124	76	3,763
30~39세	3,856	529	154	194	492	138	5,364
40~49세	3,919	728	236	400	877	188	6,346
50~59세	3,295	844	398	490	1,114	214	6,356
60세이상	1,956	1,067	349	349	1,072	283	5,076

자료: 본 연구에서 수행한 설문조사 결과를 활용

〈표 2-4-17〉연령별·종사상지위별 presenteeism 경험율

구분	상용근로자	임시근로자	일용근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족종사자
29세이하	0.233	0.181	0.169	0.474	0.361	0.409
30~39세	0.194	0.302	0.340	0.444	0.313	0.356
40~49세	0.208	0.250	0.291	0.276	0.276	0.286
50~59세	0.168	0.229	0.284	0.345	0.256	0.208
60세이상	0.143	0.192	0.275	0.275	0.276	0.262

주: presenteeism 경험율=presenteeism 응답자수/전체응답자수

자료: 본 연구에서 수행한 설문조사 결과를 활용

〈표 2-4-18〉연령별·종사상지위별 presenteeism 경험자의 연간 일수

구분	상용 근로자	임시 근로자	일용 근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족종사자
29세이하	6.713	9.404	27.545	8.333	6.077	8.889
30~39세	8.747	10.760	23.765	8.750	15.120	13.688
40~49세	8.826	15.344	26.957	8.973	13.012	16.444
50~59세	9.522	15.077	14.974	8.614	16.807	30.067
60세이상	14.031	18.809	23.591	5.318	13.956	24.529

주: presenteeism 경험 일수=presenteeism 응답자 중에 연간 presenteeism 경험 일수  
 자료: 본 연구에서 수행한 설문조사 결과를 활용

〈표 2-4-19〉연령별·종사상지위별 presenteeism에 따른 생산성 손실 비율(%)

구분	상용 근로자	임시 근로자	일용 근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족종사자
29세이하	52.32	53.85	52.73	62.22	51.54	55.56
30~39세	53.99	51.35	58.82	61.43	55.60	62.50
40~49세	56.92	59.51	57.83	61.08	55.31	53.89
50~59세	61.40	61.23	63.95	60.70	58.33	58.00
60세이상	58.13	62.55	65.91	60.91	53.68	54.12

주: 생산성 손실 비율=1-Quantity&Quality(설문문항 '건강문 제에도 불구하고 일하는 동안 노동력 발휘 수준')/100  
 자료: 본 연구에서 수행한 설문조사 결과를 활용

### 3) 프리젠테즘 비용 산출 결과

□ 앞서 제시한 자료원의 데이터와 분석 방법을 활용하여 presenteeism으로 발생하는 생산성 손실 비용은 약 5조 5천억으로 분석됨.

○ 이 중에서 기업에 고용된 상용근로자, 임시근로자, 일용근로자의 presenteeism으로 발생하는 생산성 손실비용은 약 3조 7,269억원임.

〈표 2-4-20〉presenteeism에 따른 생산성 손실 비용

(단위: 백만원)							
구분	상용 근로자	임시 근로자	일용 근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족종사자	계
29세이하	231,012	72,513	43,998	19,802	11,748	12,240	391,313
30~39세	583,368	93,523	77,365	76,505	148,166	44,559	1,023,485
40~49세	772,510	175,003	112,644	114,218	217,927	50,117	1,442,418
50~59세	593,433	186,244	112,933	162,661	341,583	81,188	1,478,041
60세이상	318,907	218,355	135,075	43,540	214,462	89,112	1,019,451
계	2,499,230	745,638	482,014	416,726	933,886	277,215	5,354,708

주: 무급가족종사자의 일인당 일평균 급여는 일용근로자의 일평균 급여와 동일하게 가정함.  
 자료: 본 연구에서 수행한 설문조사 결과를 활용

□ presenteeism으로 발생하는 근로자 전체의 연간 1인당 생산성 손실 비용은 약 19만 9천원임.

### 4) 근로자의 질병별 프리젠테즘 비용 산출 결과

□ presenteeism이 발생하게 된 주요 질병을 중심으로 분석한 결과, '어깨 결림, 요통'으로 프리젠테즘이 발생하여 생산성 손실로 이어진 비용이 약 1조 294억원인 것으로 나타남.

○ 그 다음으로 높은 비용을 야기하는 질병은 '관절염'으로 인한 것으로, 이의 프리젠테즘으로 인한 생산성 손실비용은 885억원이었음.

〈표 2-4-21〉근로자의 Presenteeism으로 인한 생산성 손실비용

건강상태* (주된 원인)	연간 해당질병으로 인한 presenteeism의 생산성 손실 비용 (백만원)	근로자 전체의 연간 1인당 비용 (천원)
① 어깨 결림, 요통	1,294,731	48
② 위장장애	670,669	25
③ 두통 (편두통이나 만성적인 두통)	532,950	20
④ 관절염이나 관절통, 부자유	885,048	33
⑤ 우울, 불안감, 안절부절	359,245	13
소계	3,742,643	139
⑥ 기타(나머지)	1,612,065	60
계	5,354,708	199

주: 건강상태는 설문지 결과를 활용함.

### 나. Absenteeism의 비용 산출 방법 및 결과

#### 1) absenteeism 비용 산출 방법

□ absenteeism으로 인한 생산성 손실 비용을 화폐가치로 측정하기 위해 다음과 같은 식을 적용함.

○ absenteeism에 의한 화폐가치=absenteeism경험율×일인당 일당 평균급여×연간 sick-leave day(입원, 외래, 활동제한, 결근 등)

#### 2) absenteeism 비용 산출을 위한 자료원

□ 일당 평균 급여 등과 같은 자료는 앞서 언급한 presenteeism에서의 방식과 동일하며, 나머지 absenteeism에 관한 자료는 본 연구에서 수행한 조사 결과를 활용함.



〈표 2-4-22〉연령별·종사상지위별 absenteeism 경험율

구분	상용 근로자	임시 근로자	일용 근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족종사자
29세이하	0.331	0.250	0.215	0.526	0.528	0.545
30~39세	0.298	0.279	0.520	0.460	0.338	0.356
40~49세	0.260	0.270	0.380	0.261	0.299	0.349
50~59세	0.231	0.211	0.351	0.309	0.285	0.347
60세이상	0.194	0.204	0.350	0.275	0.325	0.354

주: absenteeism 경험율=absenteeism 응답자수/전체응답자수

자료: 본 연구에서 수행한 설문조사 결과를 활용

〈표 2-4-23〉연령별·종사상지위별 absenteeism 경험자의 연간 일수

구분	상용 근로자	임시 근로자	일용 근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족종사자
29세이하	5.080	4.396	3.821	4.200	10.289	7.250
30~39세	5.382	15.354	8.635	6.603	14.352	16.656
40~49세	7.767	17.561	22.467	9.271	15.966	11.545
50~59세	7.723	21.308	34.862	10.382	23.864	22.360
60세이상	9.368	8.290	17.982	15.091	19.613	16.913

주: absenteeism경험 일수=absenteeism 응답자 중에 연간 absenteeism 경험 일수

자료: 본 연구에서 수행한 설문조사 결과를 활용

### 3) absenteeism 비용 산출 결과

□ absenteeism으로 발생하는 생산성 손실 비용은 약 9조 281억원임.

- 이 중에서 상용근로자, 임시근로자의 absenteeism으로 발생한 생산성 손실비용은 약 5조 8천억원임.

〈표 2-4-24〉absenteeism에 따른 생산성 손실 비용

(단위: 백만원)

구분	상용 근로자	임시 근로자	일용 근로자	고용원이 있는 자영업자	고용원이 없는 자영업자	무급가족종 사자	계
29세이하	474,189	87,162	14,734	17,822	56,409	23,959	408,133
30~39세	1,020,491	239,926	73,085	97,347	273,182	86,758	1,386,718
40~49세	1,491,724	364,146	211,764	182,769	525,235	79,804	2,701,321
50~59세	1,078,963	396,814	508,549	288,979	926,715	173,500	3,287,661
60세이상	497,946	163,676	198,820	202,844	660,578	153,607	1,244,223
계	4,563,314	1,251,725	1,006,952	789,761	2,442,120	517,627	9,028,056

주: 무급가족종사자의 일인당 일평균 급여는 일용근로자의 일평균 급여와 동일하게 가정함.

자료: 본 연구에서 수행한 설문조사 결과를 활용

### 다. 근로자의 상병으로 인한 대체인력의 교육훈련비용

- 상용근로자 10인이상인 기업을 대상으로 채용관련 비용을 조사한 결과에 의하면, 근로자 1인당 월평균 채용비용은 약 5.6천원이며, 1인당 교육훈련비용은 22.2천원으로 조사됨(고용노동부, 고용노동통계, 2019).

〈표 2-4-25〉근로자 1인당 월평균 채용 및 교육훈련비용: 2019년기준

(단위: 천원)

구분	채용관련비용(모집비) (천원)	교육훈련비용 (천원)
전규모 (상용근로자 10인이상 기업)	5.6	22.2

주: 상용근로자 10인이상 기업 대상

자료: 고용노동부 고용노동통계(기업체노동비용조사)

- 근로자의 상병으로 인한 대체인력 규모를 산출하기 위해 본 연구에서 조사한 상병으로 인한 실적 경험율을 대리지표로 활용하여 산출함.

- 근로자의 상병으로 인하여 대체인력을 채용하거나 교육·훈련에 소요된 비용은 연간 약 1천 72억원이 소요됨.

- 다만, 응답자에게 10년간의 경험 중에 주된 것 1건에 대한 사항을 질문한 결과이므로 실제 인력대체율은 이보다 더 높을 것으로 예상됨.

〈표 2-4-26〉상병대체인력의 채용 및 교육 훈련비용 손실액

(단위: 천명, 백만원)

구분	10년간 인력대체율*	1년간 대체인력수 (천명)	채용비 (백만원)	훈련비손실액 (백만원)	계
29세이하	0.128	48	3,232	12,812	16,044
30~39세	0.126	68	4,544	18,012	22,556
40~49세	0.125	79	5,317	21,077	26,393
50~59세	0.120	77	5,146	20,400	25,547
60세이상	0.099	50	3,361	13,324	16,685
계		321	21,599	85,625	107,224

주: \* 조사항목⇒지난 10년 주된 상병 경험: “\_\_년 발생한 질병·부상으로 귀하가 아픈 것 때문에 일자리를 잃은 경험(실직, 자발적 퇴사, 폐업 포함)이 있습니까?”

자료: 본 연구에서 수행한 설문조사 결과를 활용

### 라. 종합: 근로자의 상병으로 인한 생산성 손실 및 교육훈련비용

- 근로자의 상병으로 인한 생산성손실 및 교육훈련비용을 산출한 결과, 14조 4천9백억원의 상병으로 인한 인적 자본 손실에 대한 사회경제적 비용이 발생하는 것으로 나타남.

- 근로자의 상병으로 인한 생산성 손실은 약 9조 5419억원으로 프리젠티즘으로 인한 생산성손실은 39.1%, 결근주의로 인한 생산성 손실은 60.9%이었음.

- 근로자가 상병으로 일자리를 그만두면서 인력을 대체하거나, 또는 매년 근로자에게 투자한 교육훈련의 손실비용은 약 1,072억원이었으며, 이는 과거 10년간의 주된 경험 1건을 연간 단위로 산출한 결과이므로 다소 과소추정되었을 수 있음.

〈표 2-4-27〉근로자의 상병으로 인한 생산성 손실 및 관련 행정비용

(단위: 백만원)

구분	생산성 손실 및 행정비용		
	근로자의 생산성 손실 비용	자영업자의 생산성 손실 비용	전체
〈프리젠티즘 비용〉			
상용근로자	2,499,230		5,354,708
임시근로자	745,638		
일용근로자	482,014		
고용원이 있는 자영업자		416,726	
고용원이 없는 자영업자		933,886	
무급가족종사자		277,215	
〈결근주의 비용〉			
상용근로자	4,563,314		9,028,056
임시근로자	1,251,725		
일용근로자*		1,006,952	
고용원이 있는 자영업자		789,761	
고용원이 없는 자영업자		2,442,120	
무급가족종사자		517,627	
〈채용 및 교육훈련비용〉			
인력대체채용비용	21,599		107,224
교육훈련손실비용	85,625		
계	9,649,145	6,384,287	14,489,988

주: \*일용근로자의 결근주의 비용은 직접 일급어를 받지는 못하지만 기회비용의 측면에서 계상함.

## 제3절 상병수당 비용편익분석

## 가. 편익분석의 개념

□ 비용편익분석(Cost-Benefit Analysis: 이하, CBA)은 현시선회이론을 바탕으로 정책의 수혜 대상자로부터 지불의사액(willingness to pay)을 측정하여 정책의 효율성을 평가하는 방법이라 할 수 있음(오정일(2011), 비용편익분석의 유용성에 관한 이론적 검토, 2011 한국정책학회 동계학술대회 발표자료).

○ 경제학에서 개인의 선호는 위험 또는 불확실성이 존재하는 경우에도 최적의 대안을 선택한다는 것임. 이러한 개인의 선호는 효용함수로 제시할 수 있는데, 이 때에 지불의사액을 통하여 화폐단위로 측정됨.

□ 선호에 대한 확률모수모형의 설정(KDI, 예비타당성조사를 위한 CVM 분석지침 개선연구)

○ McFadden(1974)이 여러 형태의 확률효용모형을 제시하였고, Bishop and Herberlein(1979)이 CV 양분형 질문기법으로 소개하였으며, Hanemann(1984)이 후생 변화 측정과 연결하여 모형을 정립함.

○ 특정 정책(i)이 시행되는 경우( $z=1$ )와 시행되지 않는 경우( $z=0$ )의 두 가지 대안에 대한 CV 문항에 직면할 경우, 응답자 j의 특정정책(i)에 대한 간접효용함수(indirect utility function)는 다음과 같음.

-  $v_j(y_j, w_j, z, \epsilon_{ij})$  여기서,  $y_j$  는 응답자(j)의 소득,  $w_j$  는 응답자의 인구적 특성 및 선택대안에 관한 속성을 말하며,  $\epsilon_{ij}$  는 응답자는 알고 있으나 분석자에게는 알려지지 않은 선호부분을 말함.

○ 응답자는 CV문항에서 ‘예’라고 응답할 경우에, 제시된 금액 A를 지불할 의사가 있으므로, 특정 정책(i)을 시행할 경우의 효용은 정책을 시행하지 않을 경우의 효용보다 크다는 것을 의미함.

$$v_j(y_j - A, w_j, z = 1, \epsilon_{ij}) > v_j(y_j, w_j, z = 0, \epsilon_{ij})$$

○ CV를 분석할 경우에, 응답자 효용의 확률적 부분은 알 수 없기 때문에, 주어진 CV 시나리오에 대해 ‘예’ 또는 ‘아니요’ 라는 응답만 관찰할 수 있음.

○ 따라서 응답자 효용의 결정적 부분과 확률적 부분이 구분되어 있다고 가정할 때, 응답자가 ‘예(yes)’라고 응답할 확률은 다음과 같음.

$$\begin{aligned} Prob(yes) &= \Pr[\Delta v_j = u_j(y_j - A, w_j, z = 1) - u_j(y_j, w_j, z = 0) \\ &\quad + (\epsilon_{1j} - \epsilon_{0j}) > 0] = \Pr(\Delta v_j + \epsilon_j > 0) \end{aligned}$$

$$= \Pr[(\alpha_1 + \beta_1(y_j - A_j)) - (\alpha_0 + \beta_0 y_j) + \epsilon_j] > 0 \\ = \Pr(\alpha - \beta A_j > \epsilon_j) = F_\epsilon(\Delta v_j)$$

- 여기서,  $\alpha = \alpha_1 - \alpha_0$ ,  $\epsilon = \epsilon_1 - \epsilon_0$ ,  $F_\epsilon(\Delta v)$ 는 확률변수  $\epsilon$ 의 누적확률분포를 나타냄. 그리고 응답자들의 소득의 한계효용은 정책 시행 유무에 따라 변화하지 않는다고 가정함 ( $\beta_1 = \beta_0 = \beta$ ).

○ 효용차이함수(utility difference function,  $\Delta v$ )는 확률오차항( $\epsilon$ )이 독립적이고 동일하게 분포한(i.i.d) 표준정규분포를 따른다고 가정하면 프로빗 모형으로 추정할 수 있고, 표준로 지스틱분포를 따른다고 가정하면 로짓모형으로 추정할 수 있음.

○ 로그우도함수에 대한 최대우도추정법을 사용하여 효용차이함수의 계수를 추정한 다음, 이들 추정치를 사용하여 지불의사액(WTP)의 평균(m\_wtp)를 계산할 수 있음.

□ 본 연구에서는 조건부가치추정법(Contingent Valuation Method: CVM)을 적용하여 편익을 측정하기 위하여 이중양분선택형 설문법으로 설문문항을 개발

○ 금액 A원과 현재에 누리고 있는 편익을 비교하여, 응답자에게 제시된 금액에 대해 “예” 또는 “아니요”로 응답하도록 하여, 실제 시장에서의 구매행위와 유사한 응답자의 선호체계를 이끌어 낼 수 있는 방법이라 할 수 있음(고숙자 외, 2018, 보건소 방문건강관리사업의 만족도와 편익 분석).

○ 양분선택형기법에서는 개인의 선호를 나타내는 효용함수로 나타낼 경우, 종속변수에 대한 회귀식으로 선형확률모형(linear probability model: LPM), 로짓모형, 프로빗모형 등을 활용할 수 있음.

○ 이중경계양분선택형 질문법은 응답자에게 금액 A원을 제시하고, 이에 대해 ‘예’ 또는 ‘아니요’의 응답을 얻을 수 있음. 그리고 처음 제시한 금액 A원에 대한 응답 결과에 따라 두 번째 금액 B원을 제시하게 되고, 두 번째 단계에서 ‘예’ 또는 ‘아니요’의 응답을 하도록 함. 따라서 두 번의 질문과 두 개의 응답 선택지에 대해 총 4개((예, 아니오), (예, 예), (아니오, 예), (아니오, 아니오))의 경우에 대한 확률을 가지게 되며, Maximum likelihood 추정에 의해 파라미터 값을 얻게 됨.

○ 이중경계양분선택형 질문법은 특정 초기 제시액을 응답자에게 제시한 후, 이에 대해 수용의사가 있으면 두 번째는 더 낮은 금액을 제시. 설문조사 결과를 통해 응답자의 수용의사금액을 직접 관찰할 수 있는 것이 아니라 특정금액을 수용할 의사가 있는 지에 대한 ‘예’ 또는 ‘아니요’의 응답을 얻을 수 있음.

□ 양분선택형기법에서는 개인의 선호를 나타내는 효용함수를  $u()$ 로 나타낼 경우, 현재의 효용을 유지하기 위해 최대 가능한 지출수준을 분석함(고숙자 등, 2013, 담배 및 주류의 가격정책 효과).

○ 어떤 확률모델에 대해서,  $P_i = E(y_i = 1 | x_i) = \frac{1}{1 + e^{-Z_i}} = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta x_i)}}$  으로 나타낼 수 있으며, 이는 로지스틱분포 함수를 나타낸다. 이 때, 양변에 자연로그를 취하면,  $L_i = \ln\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) = \ln\left(\frac{1 + e^{Z_i}}{1 - e^{Z_i}}\right) = \ln(e^{Z_i}) = Z_i = \alpha + \beta x_i$  와 같이 로짓모형이 만들어 지고, 여기서 승산비(odds ratio) L은 x 및 모수에 대해서도 건당 지불의사액의 평균값을 도출하는 식은 다음과 같음.

$$E(WTP) = \int_0^{offer_{max}} [1 - F(\Delta v)] dv$$

이때,  $F(\Delta v) = (1 + e^{-\Delta v})^{-1}$ , where  $\Delta v = \alpha' + \beta' x_i + \beta_{bml} ln offer$

○ 한편, E를 편익에 대한 최대 지불의사액이라 한다면, 이를 누적분포함수에 적용해보면, 다음과 같음.

$$\alpha_1 + \beta(x - E) + \epsilon_1 = \alpha_0 + \beta x + \epsilon_0 \\ (\alpha_1 - \alpha_0) - \beta x = \eta \\ x = \frac{\alpha - \eta}{\beta}$$

○ 따라서 지불의사액의 평균값(E\*)은 다음과 같이 도출됨.

$$E^* = E[x] = E\left[\frac{\alpha - \eta}{\beta}\right] = \frac{\alpha}{\beta}$$

□ 본 연구에서는 조건부가치추정법(Contingent Valuation Method: CVM)을 적용하여 편익을 측정하기 위하여 이중양분선택형 설문법으로 설문문항을 개발

○ 금액 A원과 현재에 누리고 있는 편익을 비교하여, 응답자에게 제시된 금액에 대해 “예” 또는 “아니요”로 응답하도록 하여, 실제 시장에서의 구매행위와 유사한 응답자의 선호체계를 이끌어 낼 수 있는 방법이라 할 수 있음.

## 나. 상병수당 도입의 편익 측정 방법

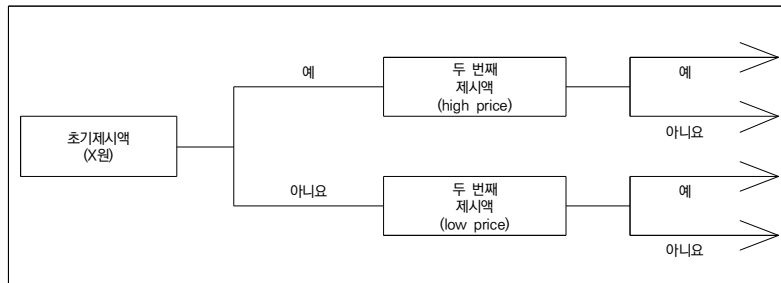
□ NOAA<sup>38)</sup>에서는 초기제시액에 따라 응답자의 편익(bias)가 발생할 수 있으므로, 초기제시액을 몇가지 유형으로 나누어 설문을 수행할 것을 권고하고 있음.

○ 이에 본 연구에서도 전체 설문지를 초기제시액에 따라 3가지 유형의 설문지를 작성하였으며, 초기제시액을 1만원으로 설문하는 유형(type1), 2만원으로 설문하는 유형(type2), 3만원으로 설문하는 유형(type3)으로 구분함.

〈표 2-4-28〉 초기 제시액에 대한 응답 분포

	10,000원	20,000원	30,000원	계
YES	2,383	2,023	1,736	6,142
NO	783	1,141	1,420	3,344
계	3,166	3,164	3,156	9,486

〔그림 2-4-4〕 초기제시액에 따른 응답 경로



〈표 2-4-29〉 두번째 제시액에 대한 응답 분포

	10,000원 (2만원, 5천원)		20,000원 (4만원, 1만원)		30,000원 (5만원, 1만5천원)	
YES_high (yes, no)	2,383	1,417	2,023	739	1,736	652
		966		1,284		1,084
NO_low (yes, no)	783	279	1,141	517	1,420	524
		504		624		896
계	3,166		3,164		3,156	

38) NOAA(National Oceanic & Atmospheric Administration)은 경제학 전문가 22인으로 구성된 특별위원회에서 조건부가지속정법 연구의 가이드라인을 제공하고 있음.

□ 이중양분경계방법을 적용한 지불의사액 분석 결과

○ 매월 26,195원을 지불할 의사가 있는 것으로 분석됨.

〈표 2-4-30〉 이중양분경계방법의 지불의사액

	계수	SE	p-value	95% 신뢰구간
WTP	26,195	243.59	0.000	25,717~26,672

□ 공변량을 포함한 이중양분경계방법을 적용한 지불의사액 분석 결과

○ WTP 추정을 위해 likelihood function에 따라  $\beta$ ,  $\sigma$  추정값을 도출한 결과가 아래의 표와 같음.

○ 여성보다는 남성의 WTP가 더 높고, 고용보험이 있는 경우가 없는 경우에 비해 WTP가 더 높은 것으로 계수의 방향성을 보이지만, 통계적으로 유의하지 않아, 성별에 따라 그리고 고용보험유무에 따라 지불의사액에 차이가 있지는 않았음.

〈표 2-4-31〉 로그우도추정 분석결과

	계수	SE	p-value
Beta			
남성 (ref.=여성)	4463.594	488.279	0.000
상용근로 및 고용원있는자영업 (ref.=임시일용, 자영업, 무급가족, 실업자, 비정규 등)	1156.141	486.279	0.017
고용보험있음 (ref.=없음)	1576.001	774.967	0.042
상수	23242.840	448.899	0.000
Sigma			
상수	21418.830	248.209	0.000

○ 공변량을 포함한 경우의 월평균 지불의사액은 26,227원이었음.

〈표 2-4-32〉 공변량 포함한 이중양분경계방법의 지불의사액

	지불의사액	총위수	응답자수
남성	28,213	28,863	5,356
여성	23,651	23,243	4,130
상용·고용원있는자영업	26,876	28,863	5,197
임시일용, 무급종사자 등	25,440	26,130	4,289
고용보험있음	24,654	26,130	1,021
고용보험없음	26,417	27,706	8,465
평균	26,227	27,706	9,486

○ 경제활동상태에서 실업자 또는 비경제활동인구를 제외한 경우의 월평균 지불의사액은 26,688원이었음.

〈표 2-4-33〉 공변량 포함한 이중양분경계방법의 지불의사액: 실업자, 비경제활동인구 제외한 경우

	지불의사액	중위수	응답자수
남성	28,649	28,980	4,817
여성	23,951	24,346	3,452
상용·고용원있는자영업	26,878	28,980	5,197
임시일용·무급종사자	26,367	26,677	3,072
고용보험있음	24,650	26,677	1,021
고용보험없음	26,975	28,686	7,248
평균	26,688	28,686	8,269

#### 다. 상병수당의 편익

- 매월 일인당 2만6천원~2만7천원 수준의 지불의사가 있는 것으로 나타났고, 예상되는 상병수당 가입자 수를 곱하면 전체 편익을 산출할 수 있음.
- 편익=상병수당 가입자수 × (26,000원~27,000원) × 12개월
- 건강보험 가입자 중 20대부터 60대까지의 소득이 있는 가입자(공교제외)는 약 19,121,530 명이며 이들이 매월 26,000원의 지불의사가 있으므로 연간 약 5조 9,659억원의 편익이 있는 것으로 추정할 수 있음.
- 상병수당 가입자 1인당 연간 편익=312,000원
- ※ 2019년 장기요양보험료 부과액이 4조 9,526억원으로 이와 유사한 금액.
  - 세대당 월평균 장기요양보험료는 9,191원 (국민건강보험, 2020, 2019년 노인장기요양 보험통계연보)

〈표 2-4-34〉 소득이 있는 건강보험 가입자의 연령별 분포

	직장	공교	지역
20대	2,478,646	150,437	346,175
30대	3,811,713	354,547	691,830
40대	3,962,143	409,624	1,084,035
50대	3,313,378	364,634	1,249,258
60대	1,419,721	39,293	764,631
소계	14,985,601	1,318,535	4,135,929
계(전체연령, 무소득포함)	16,359,961	1,592,992	14,163,970

자료: 임승지 등(2018), 전체연령은 건강보험통계(2019년 기준)를 참고

#### 라. 상병수당의 비용

- 상병수당의 비용은 제도 설계 방식에 따라 다양할 수 있으나, 우선 선행연구에서 제시한 상병수당 소요 재정에 따른 결과를 보면, 다음과 같음.
- 15세 이상 소득근로자 2,124만 명 중에서 3일을 초과해 병원급 이상 요양기관에 입·내원한 165만 명에게 보장수준에 따른 제도모형별 최소 8,055억 원에서 최대 1조 7,718억 원의 재정이 소요될 것으로 추계(임승지 등, 2019).

- 15세이상 소득근로자 1인당 연간 소요 비용 : 37,924원~83,418원

- 서울시민 대상의 선별적 유급병가 재정추계 결과, 수혜 대상자는 총 633,230명이고 약 332억 원(2016년기준)이 소요(손민성 등, 2019)
- 수혜대상자 1인당 연간 소요비용: 5만 2천원

#### 마. 상병수당의 비용대비 편익

- 상병수당 도입에 따른 1인당 연간 편익은 31만 2천원이고, 15이상 소득 근로자의 1인당 연간 비용은 3만8천원(최소)에서 8만3천원(최대)으로 추정됨.
- 단, 소요 재정보에서 관리운영비를 포함하고 있지 않아 전체 비용(8만3천원)에서 관리운영비가 차지하는 비중이 약 10%라 한다면, 관리운영비는 1인당 연간 9,220원이며, 전체 비용은 9만 2,200원임.
- 따라서 상병수당 도입에 따른 비용 대비 편익은 31만 2천원/9만 2,200원B/C=3.38

#### 바. 상병수당의 비용대비 편익의 시나리오 분석

- 연간 소요재정에 따른 1인당 비용을 다양하게 구성하고, 1인당 관리운영비가 2만원이라 가정할 경우의 비용대비 편익비를 보면 다음의 표와 같음.
- 연간 소요재정이 5조원일 경우에 B/C=1.22로 나타나, 비용대비 편익이 높음.
- 여기서 편익은 응답자의 지불의사액을 기준으로 산출하였으며, 매월 2만 6천원의 지불의사가 있다는 결과를 토대로 분석한 결과임.

〈표 2-4-35〉 비용대비 편익의 시나리오

(단위: 천원)

연간 소요재정	연간 1인당 비용 (천원)	연간 1인당 관리운영비(천원)	연간 1인당 편익	비용대비 편익
2조원	94	20	26천원×12개월 =312천원	2.73
3조원	141			1.93
4조원	188			1.50
5조원	235			1.22

주: \* 연간 1인당 관리운영비를 2만원으로 가정함.  
15세이상 60세미만의 소득있는 근로자 2,124만 명으로 1인당 비용 산출.



## 제5장

### 지자체 사례분석: 서울형 유급병가 심층 분석

제1절 연구의 필요성  
제2절 연구방법  
제3절 연구결과  
제4절 결론

## 제5장 지자체 사례분석: 서울형 유급병가 심층 분석

### 제1절 연구의 필요성

#### 1. 연구의 필요성

- 2020년 7월, 한국판 뉴딜 종합계획 내 고용 사회 안전망 강화를 위한 방안으로 '한국형 상병수당' 도입이 제시됨.
  - 한국은 미국, 스위스 등과 함께 공적 상병소득보장제도가 없는 국가로 상병수당 및 유급병가 제도 도입에 대하여 국내 및 국제사회로부터 지속적인 권고를 받아옴.
- 코로나바이러스감염증-19 (이하 COVID-19) 팬데믹 상황으로 인한 상병수당과 유급병가의 필요성 증가
  - 정부는 COVID-19 국민 행동 지침 첫째로 “몸이 아프면 외출, 출근, 등교하지 않기”를 제시함. 그러나 우리나라는 질병 또는 부상으로 쉬는 기간 동안 생계비를 보장하는 상병수당 제도가 부재함.
  - COVID-19 장기화 상황에서 상병수당과 유급병가의 부재가 가시화됨에 따라 상병수당과 유급병가에 대한 국민의 관심과 요구가 증대됨.
- 2019년 6월부터 시행되고 있는 서울형 유급병가지원 제도는 한국형 상병수당에 대한 일종의 파일럿 사업으로 활용할 수 있음.
  - 한국형 상병수당의 성공적인 도입을 위한 서울형 유급병가의 과학적 연구 필요
  - 서울형 유급병가지원 제도에 대한 올바른 이해를 바탕으로 현재 시행 중인 프로그램의 문제점 및 한계를 파악하여 한국형 상병수당 제도의 발전 방안 제시 가능
  - 서울형 유급병가 효과평가 결과를 통해 추후 한국형 상병수당 정책 도입 시 성과목표에 맞는 경제적인 예산 배분과 제도 운영 방안 제시 가능

### 2. 서울형 유급병가 현황

#### 가. 이용자 현황

- 2019년 6/1 - 12/31 7개월간 신청자 4,251명 중 2,675명에게 지급
- 2020년 1/1 - 9/30 9개월간 (9.30 기준) 신청 7,191건 중 6,581건 지급

#### 나. 신청자 특성(성별, 연령, 지역, 가구원 수 등)

- 성별
  - 남성(50.4%, 3,627명), 여성(49.6%, 3,564명)
- 연령
  - 40대부터 60대까지가 유급병가지원 사업의 주 신청자인 것으로 파악
  - 60대(26.4%, 1,899명), 50대(31.5%, 2,264명), 40대(23.1%, 1,658명)

〈표 2-5-1〉 서울형 유급병가 신청자의 연령군

(단위: 명)

구분	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80세 이상
신청자 수 (%)	191명 (2.7%)	662명 (9.3%)	1,658명 (23.1%)	2,264명 (31.5%)	1,898명 (36.4%)	466명 (6.5%)	52명 (0.7%)

- 지역
  - '중랑구'(507건), '강서구'(476건), '노원구'(441건), '서초구'(139건), '종로구'(134건), '중구'(124건)
  - 25개의 자치구에서 총 7,191건으로 지역 평균 288건

〈표 2-5-2〉 서울형 유급병가 자치구별 신청현황

(단위: 명)

구분	중랑구	강서구	노원구	서초구	종로구	중구	지역평균
신청자 수	507건	476건	441건	139건	134건	124건	288건



## □ 가구원 수

- '1인 가구'(2,645명, 36.8%), '2인 가구'(1,891명, 26.3%), '3인'(1,425명, 19.8%)의 순으로 나타남.

〈표 2-5-3〉 서울형 유급병가 신청자의 가구원 수

(단위: 명)						
구분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 이상 가구
신청자 수 (%)	2,645명 (36.8%)	1,891명 (26.3%)	1,425명 (19.8%)	977명 (13.6%)	203명 (2.8%)	36명 (0.5%)

## 다. 신청자 근로환경 특성

## □ 노동시장의 불안정고용 계층 증가 및 근로 유형별 임금 격차 지속 증가

- 2014년 우리나라 전체 노동자 1,877만 명 중 비정규직 비율은 약 32%이며, 비정규직의 임금수준은 정규직의 55.8%에 불과

## □ 종사상 지위별 산재보험, 고용보험 가입률

- 산재보험 가입률은 상용직의 경우 90%로 가장 높고, 특수고용직과 일용직이 10%대, 자영업자 10% 미만으로 매우 낮음.
- 고용보험 가입률은 상용직의 경우 89.7%, 정규직 64.7%, 임시직 50.5%이나 일용직, 자영업자, 특수고용직은 10% 수준으로 낮음.

## □ 서울형 유급병가 지원사업 신청자의 근로 유형

- 유급병가지원 사업 신청자의 47.8%(3,445명)는 '사업소득자'로 가장 많았으며, 그다음으로는 '일용직 노동자'가 32.5%(2,336명), '특수고용직 노동자'는 10.2%(730명), '기타 노동자'는 9.3%(672명) 순으로 많음.
- 직역의 종류로는 '판매종사자'가 22.2%(1,597명)로 가장 많았으며, '가사/음식 및 판매 관련 단순 노무직'(1,072명, 14.9%), '운전 및 운송 관련직'(1,049명, 14.6%), '제조/청소/경비/기타 서비스 단순 노무직'(853명, 11.9%), '돌봄/보건 및 개인생활 서비스직'(628명, 8.7%) 순으로 많음.

## 라. 의료이용서비스에 따른 신청 현황(입원/건강검진, 질환 별)

## □ 서울형 유급병가 지원사업 신청자의 병가 이용현황

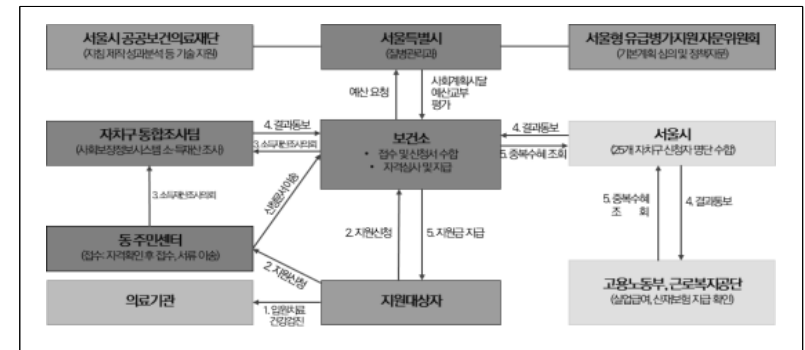
- '입원' 서비스를 이용한 경우가 57.1%(4,107건)로 가장 많았고, '공단 일반건강검진' 이용건은 전체 신청 건의 32.8%(2,358건), '입원 및 공단 일반건강검진'을 모두 이용한 경우는 10.1%(726건)

## □ 서울형 유급병가 지원사업 신청자의 질병 종류

- '근골격계 질환'이 23.7%(1,744건)로 가장 높은 비율을 나타냈으며, '신생물'(732건, 9.9%), '소화 계통 질환'(516건, 7.0%), '손상/중독/외인에 의한 질환'(352건, 4.8%), '순환계통 질환'(100건, 4.1%)

## 마. 전달체계

[그림 2-5-1] 서울형 유급병가지원 전달체계



## □ 서울형 유급병가 지원사업 인지경로

- '건강보험공단 안내문/문자'가 48.4%(3,490명)로 가장 많았으며, 'TV/라디오/버스/인터넷/신문'이 10.5%(755명), '리플릿/전단지/포스터'가 9.7%(701명), '지인' 6.0%(432명), '의료기관' 5.0%(361명), '현수막' 4.0%(290명), '소식지/반사회보' 3.9%(284명)

## □ 서울형 유급병가 지원사업 신청경로

- 전체 사업 신청 건 중 81.4%(5,856건)가 '동주민센터'를 통해 접수되었으며, '보건소' 신청건은 18.6%(1,335건)

## 바. 국내 지방자치단체 유급병가 도입 현황

- 서울형 유급병가지원 제도 도입 이후 광역지방자치단체 차원에서는 울산광역시, 대전광역시에서 도입하였고, 기초지방자치단체로는 고양시가 시행하고 있음.
- 2019년 6월 서울시 유급병가지원 제도 도입 이후 타 지방자치단체도 유급병가 제도를 도입하고 있음.
- 이 중 울산광역시는 조례를 제정하였으나 예산 부족 및 정부의 상병수당 제도 도입 계획 발표를 고려하여 정부의 상병수당 제도 시행이 발표된 후 시행안을 마련하기로 하여 현재 사업을 운영하지 않고 있음.
- 서울시는 건강보험 지역가입자인 중위소득 100% 이하 근로자와 자영업자를 지원함. 대전시는 중위소득 150% 이하 자영업자를 지원함. 고양시는 건강보험 지역가입자 중 중위소득 120% 이하 근로자와 자영업자 및 5인 미만사업장 건강보험 직장 가입자를 지원함.
- 서울시는 현금으로 지급하고 있으나 대전광역시와 고양시는 지역화폐로 지원하고 있음.
- 서울시는 현재 최대 14일을 보장하고 있으나 대전은 11일, 고양시는 3일을 보장하고 있음.
- 서울시는 현재 한시적으로 백신 이상 반응 외래로 지원을 확대하고 있으며 고양시는 일반 외래와 5인 미만 사업장 건강보험 직장가입자로 지원을 확대함.
- 지방자치단체별 운영 현황은 다음의 (표 2-5-3)과 같음.

(표 2-5-4) 지방자치단체 유급병가 지원 현황

구분	서울특별시 유급병가	울산광역시 유급병가	대전광역시 유급병가	고양시 유급병가
공식명칭	서울형 유급병가지원	취약노동자 유급병가지원	대전형유급병가지원	노동취약계층 유급병가지원
조례제정 (제도 시행)	2018년 12월 14일 (2019년 6월 1일)	2020년 12월 29일 (시행 미정)	2021년 6월 30일 (2021년 9월 1일)	2020년 12월 24일 (2021년 3월 1일)
대상자 선정기준	건강보험 지역가입자로서 중위소득 100% 이하 근로자·자영업자	50인 미만 사업장 종사자 기간제 근로자 단시간 근로자 파견근로자 비공식 근로자 1인 자영업자 이주 노동자 실직자	건강보험 지역가입자로서 중위소득 150% 이하 자영업자	건강보험 지역가입자 중 위소득 120% 이하 근로자·자영업자 중위소득 120%이하 5인 미만 사업장 종사자로 건강보험 직장가입자 (2021년 11월 부터)
보장항목	입원 입원 연계 외래(3일) 건강검진(1일) 백신부작용 외래(1일)	-	입원	입원 일반외래 건강검진(1일)
급여수준	85,610원/일 최대 14일(1,198,540원)	-	81,610원/일 최대 11일(897,710원)	81,120원/일 최대 3일(243,360원)
지급방식	현금	-	대전지역화폐	고양시지역화폐
비 고	2021년 백신 이상반응 시 1개월 내 외래진료1일 지원 (9월 30일부터 12월31일 까지,한시적)	조례 제정 후 예산 부담으로 인해 정부 상병수당도입 후 시행한 마련 예정	-	21년 3월 부터 시행 21년 9월 조례 개정

## 3. 연구 목적

- 서울형 유급병가지원 제도의 개인 및 가구 수준에서의 영향 평가
  - 서울형 유급병가지원 제도의 개인 및 가구 수준의 영향을 평가해 봄으로써 성별, 연령 등의 근로자 개인별 차이에 따른 제도의 영향 및 그들의 가족에게 미치는 영향을 사회·경제적, 제도적 측면에서 확인함을 목적으로 함.
- 서울형 유급병가지원 제도의 비수혜 이유 분석과 특성 파악
  - 서울형 유급병가지원 제도를 신청하였으나 비수혜(탈락자)된 이유 및 제도 신청자격을 갖추었으나 유급병가를 신청하지 않은 집단(비신청자)의 특성을 파악함으로 꼭 필요한 집단이 제도의 혜택으로부터 소외되지 않도록 함을 목적으로 함.
- 개인 및 가구 수준의 결과에 기반한 제도 발전 방향 제시
  - 서울형 유급병가의 수혜자 및 제공자 관점에서 비용-편익 영향을 분석함으로써 경제적, 의료적 효과를 살펴보고 앞으로의 제도 발전에 고려해야 할 점을 발견하여 제도 발전에 방향을 제시함을 목적으로 함.
- 설문조사를 통한 수혜자와 탈락자에 미치는 영향 비교
  - 설문조사를 통해 2차 자료로는 확인할 수 없는 서울형 유급병가제도 수혜자와 탈락자의 인구사회학적 특성, 건강 문제로 인한 소득의 손실 정도, 제도 이용을 위한 간접비용 및 제도 만족도 등을 설문조사하여 수혜자와 탈락자에게 미치는 영향을 구체적으로 비교함을 목적으로 함.
- 질적 분석을 통해 양적 분석에서 파악하기 어려운 서울형 유급병가의 수혜효과 파악
  - 수혜자와 탈락자, 비신청자 집단에 대한 질적 분석을 통해 서울형 유급병가라는 공통 특성을 가진 집단에 대해 양적 연구에서 파악하기 어려운 수혜효과와 수혜효과를 촉진하는 요인을 분석하고 제도의 발전을 위한 보완점을 찾고자 함.

## 제2절 연구방법

### 1. 주제범위 문헌고찰(Scoping Review)

#### 가. 개념 및 목적

□ 주제범위 문헌고찰이란 특정 주제에 관련한 문헌들을 지도화(mapping)하여 요약하는 방법으로 근거 현황, 자료원, 핵심개념을 정리하고 연구와 정책결정과정에 근거를 제공하는 것을 목표로 함(Daudt et al., 2013; Pham et al., 2014)에서 재인용).

□ 주어진 정보들을 취합하여 관심 주제에 대한 근거의 특성과 범위, 주요 개념을 정리하여 향후 연구 방향을 안내해 주는 역할을 함.

#### 나. 방법

□ 해외의 유급병가, 상병수당에 대한 기존 문헌을 수집, 분석, 합성하였고 그 과정은 주제범위 문헌고찰 보고지침(PRISMA-ScR, Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extenstion for Scoping Reviews)에 따라 작성됨.

□ PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extenstion for Scoping Reviews) 체크리스트는 주제범위 문헌고찰 논문 작성을 위해 2018년 EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) Network의 가이드라인을 토대로 26명의 전문가들이 개발한 체크리스트이며, 20개의 필수 문항과 2개의 추가 문항으로 구성됨 (Tricco et al., 2018).

□ 연구절차는 (1) 연구질문 도출 (2) 문헌검색 (3) 문헌 선정 (4) 자료 정리 (5) 결과 수집, 요약, 보고 등 5단계로 구성되며, 외부 자문을 마지막 단계로 추가할 수 있음(Arksey & O'Malley, 2005)).

#### 1) 1단계: 목표 및 연구 질문 설정(Goal and Research Questions)

##### □ 목표

○ 노동자와 그의 가족에게서 나타나는 상병수당 및 유급병가 효과를 다각적 차원에서 확인함.

〈표 2-5-5〉 PRISMA-ScR 체크리스트

Section	Item	PRISMA-ScR 체크리스트 항목
Title		
제목	1	본 연구가 주제범위 문헌고찰인 것을 확인
Abstract		
구조화된 요약	2	연구의 구조를 요약해서 제시함: 문헌고찰 질문과 목적에 맞는 연구배경, 목적, 선정 기준, 자료의 출처, 자료 정리 방법, 결과, 결론 등
Introduction		
이론적 필요성	3	기초에 알려진 맥락을 서술하고 본 연구의 필요성 제시
목적	4	개념화에 필요한 주요 요소(모집단 또는 참여자, 개념, 맥락 등) 또는 기타 핵심 요소를 활용하여 질문 및 목표에 대한 명시적인 설명 제시
Methods		
프로토콜과 등록	5	문헌리뷰 프로토콜의 존재 여부를 제시하고 존재하는 경우 접근 경로(URL 등) 제시하며 가능한 경우 등록 정보를 제시할 것
선정기준	6	자료 출처 선정 기준(연도, 언어, 출판 상태 등등) 마련하고 그에 대한 이론적 근거 제시
출처에 대한 정보*	7	검색에 포함된 모든 정보 출처 및 가장 최근 검색이 실행된 날짜 서술
검색	8	반복될 수 있도록 사용된 검색 기준을 포함하여 최소 1개의 데이터베이스에 대한 전자 검색 전략 서술
근거의 출처 선정†	9	주제범위 문헌고찰에 포함된 근거의 출처를 선정하는 과정 서술
자료 정리 과정	10	데이터를 정리하는 방법과 데이터를 얻고 확인하는 모든 과정 서술
자료 나열	11	찾은 자료와 가정을 나열하고 정의하려 단순화하는 과정 서술
개별 증거 출처에 대한 비판적 평가	12	자료가 정리되면 비판적 평가를 수행할 근거를 제시
결과 요약	13	데이터 정리 및 요약 방법을 요약 서술
Results		
근거의 선정	14	Flow chart를 통해 각 단계에서 선정/제외 사유와 연구에 포함된 연구의 수를 정리하여 제시
근거의 특징 서술	15	선정된 자료에 대한 특성을 제시하고 출처 제시
근거에 대한 비판적 평가	16	항목12에서 결정한 비판적 평가 방법을 통해 자료 평가에 대한 결과 제시
근거에 대한 결과	17	연구 질문 및 목표와 관련된 데이터를 각종 차트를 통해 제시
결과 요약	18	결과 요약
Discussion		
주요 결과 요약	19	연구 질문 및 목적과 연결하여 주요 결과(전반적인 개념, 주제, 활용 가능한 자료 종류 등)를 요약
연구의 한계	20	문헌고찰 과정의 한계 제시
결론	21	결과의 일반화 및 향후 연구 방향 제시
Funding		
연구비 지원 여부	22	연구지원비에 대한 내용 서술

\* 서지 데이터베이스, 소셜 미디어 플랫폼 및 웹사이트와 같은 근거 출처가 수집되는 곳을 의미함.

† scoping review 검토에서 적절한 다양한 유형의 증거 또는 데이터 출처(예: 양적 및 질적연구, 전문가 의견 및 정책 자료 등)를 설명하기 위해 사용되는 포괄적인 용어임. 정보 출처와는 혼동하여서는 안된다.

##### □ 연구질문

##### ○ 상병수당 및 유급병가의 효과를 어떻게 평가할 수 있는가?

- 노동자와 그 가족에 대한 상병수당과 유급병가의 효과를 평가하기 위한 지표는 무엇인가?
- 노동자와 그 가족에 대한 상병수당과 유급병가의 효과를 평가하기 위한 분석방법은 무엇인가?

## ○ 제도의 영향

- 상병수당 제도의 목표를 달성하였는가?
- 상병수당의 효과는 수혜자의 특성에 따라 달라지는가?
- 상병수당의 효과는 제도적 특성과 그 변화에 따라 달라지는가?

## 2) 2단계: 관련 문헌 확인 및 문헌 검색 방법(Information Sources and Search Strategy)

□ 2021년 4월 6일에 검색한 목록을 기준으로 접근 가능한 웹 기반 영문 문헌을 대상으로 함.

□ 해외 데이터베이스인 Web of Science, PubMed를 사용함. 검색어 “Paid sick leave” OR “sickness benefit” OR “paid sick day” OR “earned sick leave”로 각각 315편, 715편이 확인되어 총 1,030편의 문헌을 확인함.

□ 본 연구와 동일한 연구 질문에 대한 이전의 리뷰 논문이 없었기 때문에 검색일을 기준으로 발간된 모든 문헌을 확인하기 위해 기간 선정은 하지 않음.

## 3) 3단계: 문헌 선정(Selection of Sources)

□ 두 검색엔진에서 확인된 논문 중 중복된 문헌 194편을 제외함.

□ 836편의 문헌 중 제목 및 초록을 확인하여 주제에 맞는 문헌 228편을 도출함.

□ 1차 분류를 통해 선정된 논문의 전문(full text)을 읽고 논문 127편을 최종 선정함.

□ 연구 선택 과정에서 연구진은 선정기준을 정하여 기준에 따라 논문을 선정함.

## ○ 선정기준:

- 1) 연구의 결과가 연구 주제와 관련이 있을 것
- 2) 데이터베이스 내 전문이 접근할 수 있고 영문으로 존재할 것
- 3) 실증연구일 것

□ 상병수당 및 유급병가 효과평가 주제와 관련 없는 문헌 61편, 국문 또는 영문 외의 데이터이거나 원문 부재 34편, 기고문, 사설문 형식의 문헌 6편을 제외하여 총 127편의 문헌을 최종 선정함.

□ 5인의 연구진은 두 팀을 이루어 교차 검토를 시행하였고, 의견이 일치하지 않는 부분은 토론을 통해 해결함.

## 4) 4단계: 데이터 기록(Data charting)

□ Microsoft Excel을 사용하여 저자 및 발행 연도, 연구 목적, 연구 대상, 연구 방법, 연구 주요 결과 등을 추출하여 작성함.

□ 5인의 연구자가 검토 및 의견을 통해 분석하였고, 토론을 통해 일치하는 사항을 기록하여 데이터 차트를 구성함.

## 5) 5단계: 결과 수집, 요약, 보고(Collating, Summarizing and Reporting Results)

□ 연구진들은 논문을 범주화할 키워드를 추출하기 위해 공통된 데이터 항목을 식별하여 논문을 분류함.

□ 논문을 범주화하는 과정에서 데이터 항목을 일부 병합하거나 이름을 변경하여 최종 선정된 문헌들을 기반으로 분류 체계를 구축함.

## 2. 자료원과 자료수집방법

## 가. 논리모형에 기반한 제도 평가

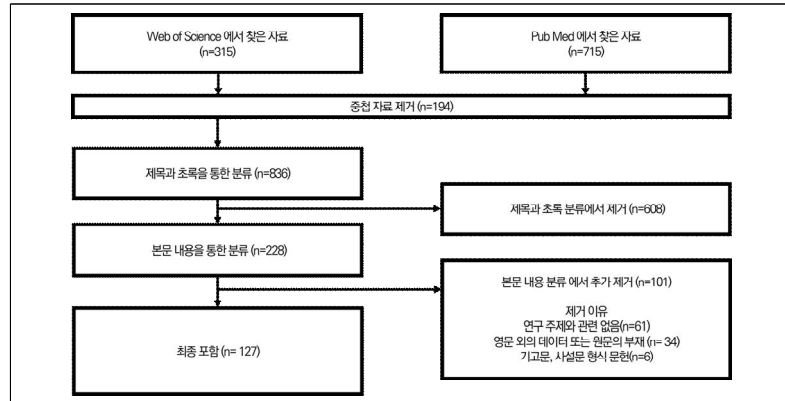
## 1) 개념 및 목적

□ 논리모형이란 제도의 설계 의도, 집행과정, 효과 간의 인과관계를 설명하는 프로그램 이론이 새롭게 구성된 프로세스를 논리적으로 안내하고(Rogers, et al., 2000; Wholey, 1987), 차트와 그림을 활용하여 도식화된 개념틀임(Savaya & Waysman, 2005).

□ 논리모형의 각 요소들 사이에는 “만약 a라면 b가 될 것이다”라는 인과적이고 가설적인 연결 관계(프로그램 이론)가 가정되어 있음(최영출, 2011; Bickman, 1987; Chen, 1990).

□ 논리모형을 통해 제도 수행 실무자는 프로그램의 목적과 전달체계, 기대효과 등 전반적인 과정을 이해할 수 있고(Savaya & Waysman, 2005), 정책평가자는 프로그램 구성요소 간 인과관계의 적정성, 전달과정의 정확성, 투입의 효과성 등에 따른 개선지점을 구체적으로 파악할 수 있음(김영중과 권순애, 2003).

[그림 2-5-2] PRISMA-ScR에 따른 문헌 선정 과정



## 2) 국내의 활용 사례

□ 미국의 ‘정부업무성과평가법(Government Performance and Results Act, GPRA)’ 도입에 따른 논리모형의 활용 촉진(나영선 외, 2008)

- 정부업무성과평가법(GPRA)은 1993년 제정되어 1997년 최초로 시행됨.
- GPRA 제정을 통해 정부활동의 내용과 결과에 대한 정확한 평가 및 법적 근거를 확보하고자 함.
- 이 법의 목적은 크게 여섯 가지로 (1) 연방정부에 대한 신뢰향상, (2) 정책성과에 대한 개혁 추진, (3) 정책의 효과성 및 책임성 제고, (4) 정책결과와 서비스 질에 대한 정보 제공, (5) 객관적 정보를 의회에 제공하여 정책결정 개선, (6) 연방정부 내 관리 향상 등임.
- 법이 시행됨에 따라 매년 ‘연례성과계획서(Annual Performance Plan)’ 및 5년 주기 ‘전략계획서(Strategic plan)’를 작성하게 되었으며, 연례성과계획서의 주요 쟁점은 성과계획과 구성요소 간의 연계성, 성과 지향적 중장기 목표 설정, 중장기 목표달성을 위한 사업추진 전략의 구체성, 관련 기관 간 공조추진체계 구축, 성과정보의 수집방안, 평가 일정 및 평가 결과의 반영 계획 등임.

○ 성과보고서 작성 시, 구성요소 간 논리적 관계를 표현할 수 있는 논리모형의 활용 촉진

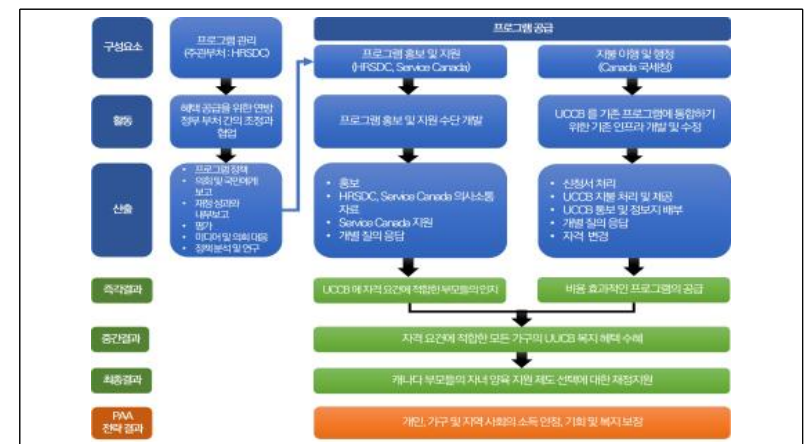
□ 캐나다 보편적 아동수당(Universal Child Care Benefit, UCCB) 논리모형(HCRSDC, 2011a)

- 부모의 일·가정 양립을 위해 아동 양육비용을 직접 지원하는 사업으로 2006년 보편적 아동 돌봄 계획(Universal Child Care Plan, UCCP)에 처음 도입되었으며, 6세 이하 아동을 양

육하는 부모나 보호자에게 매달 최소 100캐나다달러(연간 1,200캐나다달러)에 해당하는 과세 혜택을 제공함.

- UCCB는 주요 법정 프로그램이므로 연방 정부 정책에 따라 5년마다 평가를 받아야 하며, 평가는 수립된 프로그램의 프로세스의 효율성과 효과를 확인하는 것에 중점을 두어 UCCB의 강점과 개선사항을 파악하고 향후 정책 및 프로그램 계획에 객관적인 근거를 마련함.
- 본 프로그램은 인적자원부(Human Resources and Skills Development, HRSD)의 주관으로 국세청(Canada Revenue Agency, CRA)이 제공함. UCCB의 제공은 캐나다 아동세금 혜택(Canada Child Tax Benefit, CCTB)을 제공하기 위해 이미 마련된 전달 체계를 사용함.
- UCCB의 논리모형(그림 2-5-3)은 주요 부처(인적자원부, 국세청)의 역할을 중심으로 구성됨. 주 관할 부서인 인적자원부가 타 부처와 협력을 통해 본 프로그램의 운영을 위한 정책과 재정, 평가지침 등을 마련하면, 인적자원부 내 활동부서 및 국세청에서 구체적인 프로그램 전달체계와 홍보를 진행함(투입과 활동, 산출의 과정).
- 이를 통해 단기적으로 프로그램 수혜 자격이 있는 부모가 제도를 인지하게 되고, 프로그램은 효율적으로 운영되며, 궁극적으로 소득과 기회의 보장, 개인과 가족, 공동체의 안정적인 삶이 유지될 수 있음(효과).

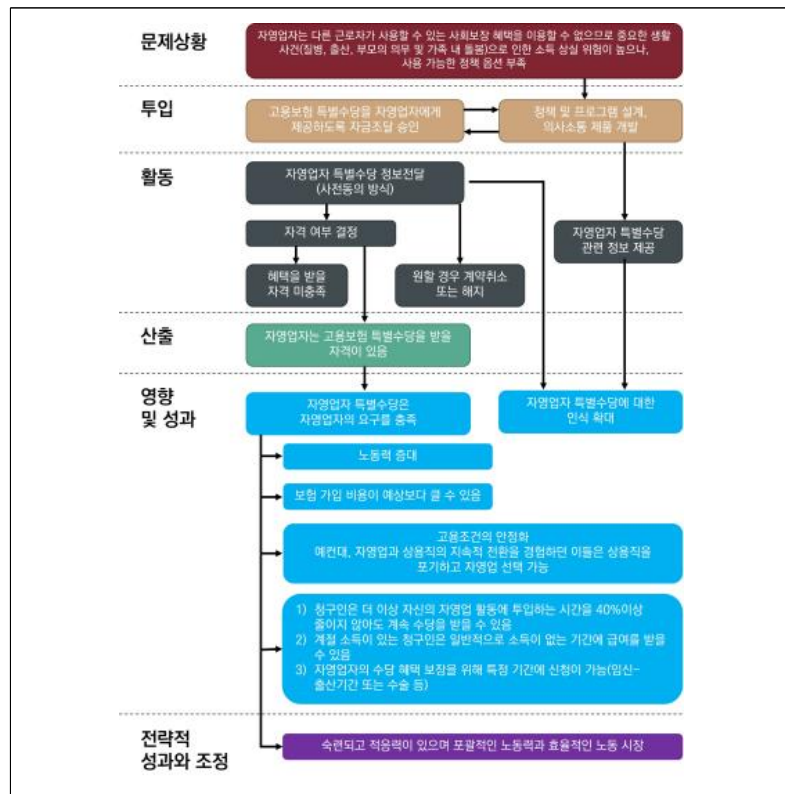
[그림 2-5-3] 캐나다 보편적 아동수당(UCCB) 논리모형



□ 캐나다 자영업자 고용보험 특별수당(Employment Insurance Special Benefits for Self-employed Workers, ESDC) 논리모형(ESDC, 2016)

- 일과 삶의 균형을 보장하는 것을 목표로 피고용인에게만 제공되었던 특별수당 제도(Employment Insurance, EI)가 2010년 1월부터 자발적으로 고용보험 특별수당에 등록한 자영업자까지 포함하여 노동자의 소득을 지원하는 것으로 확대됨.
- 제도의 논리모형은 (그림 2-5-4)과 같으며, 평가 제도의 대상자 및 사회적 요구는 캐나다 자영업자의 경우, 사회적 위험(질병, 출산, 돌봄 등)에 의한 소득 상실의 위험이 크지만, 제도적 보호 방안이 미흡한 상황임.
- 사회적 위험이 노출된 자영업자를 보호하기 위한 정책 및 프로그램 설계에 따른 전달체계 마련, 인력 및 자금 조달 방안 승인하여(투입), 제도 홍보 및 신청자에 대한 수혜 자격 여부 결정하고(활동), 수혜자를 확정함(산출). 수당 지급을 통해 자영업자의 경제적 필요를 충족시킴(효과).

[그림 2-5-4] 자영업자 특별수당(SBSE) 모형



## □ 국내

- 우리나라 또한 미국의 재정 사업 자율평가(Program Assessment Rating Tool, PART)를 도입하여 공공 부문 재정 사업성과 평가 제도를 운영 중임(오윤섭 외, 2016).
- 2010년 한국과학기술기획평가원에서는 국가연구개발사업 유형별 성과평가를 위해 정부 업무와 재정 운용의 효율성, 효과성을 강조하는 논리모형을 도입함(이도형 외, 2010).
- 하지만, 여전히 재정 사업 평가 제도는 중복 평가로 인한 업무 비효율성, 평가 정보의 객관적 환류를 위한 제도 부족, 제도 간의 연계 부족, 자체 성과 관리 역량 부족 등의 문제를 보이고 있음(오영민, 2014; 유승현과 김주희, 2016).
- 논리모형을 적용한 국내 연구 또한 프로그램에 대한 충분한 이해 없이 논리모형을 단순한 제도 수혜 절차를 나열하는 양식으로만 활용하고 있어 사업 개선에 대한 효과가 미미한 수준임(오철호, 2020; 최영철, 2011).

## 3) 방법

- 논리모형은 과학적 인과성과 문제해결 지향성을 강조하는 두 가지 가정에서 시작함(노화준, 2006).
  - 프로그램의 구성요소는 식별 가능하며, 구성요소 간 인과관계가 적절하게 설정됨.
  - 프로그램이 의도한 수혜자들에게 정확하게 전달됨.
- 논리모형은 대상자와 요구사항을 파악하는 것으로 시작하여 프로그램의 인과관계를 자원(투입), 활동, 산출결과, 효과 등 크게 다섯 가지 요소로 구성됨(표 2-5-6) (Savaya & Waysman, 2005; 노화준, 2006; 지은구 외, 2012)

(표 2-5-6) 논리모형의 구성요소와 설명

구성요소		설 명
상황(설계): 목표 인구집단과 요구(Needs)		프로그램이 전달되어야 하는 대상과 충족시켜야 하는 요구 확인
투입		프로그램에 들어가는 자원, 전형적으로 자원은 자금의 근거 혹은 원물로 주는 기여의 영역에서 정의 됨. 투입, 인력, 파트너십, 계약에 의한 서비스 등 프로그램을 지원하기 위해 요구되는 여러 가지 자원을 모두 포함
활동		프로그램의 산출물을 생산하는데 필요한 모든 활동 조치. 서비스 제공, 법률 및 규제의 집행 등을 포함
산출결과		프로그램의 직접적인 고객이나 프로그램 참여자들에 제공되는 생산물, 재화 및 서비스. 활동의 즉각적인 결과물로, 보통 숫자의 형태로 문서화
효과	단기	최초의 산출결과, 프로그램의 산출물로부터 나오는 변화 또는 편익
	중기	단기산출결과로부터 나오는 변화 또는 편익
	장기	중기산출결과로부터 나오는 변화 또는 편익

출처: Savaya &amp; Waysman, 2005; 노화준, 2006; 지은구 외, 2012

## 4) 논리모형 활용의 의의

- 첫째, 서울형 유급병가지원 제도 개념틀 구축을 통해 제도에 대한 전반적 이해 제공 가능
- 둘째, 서울형 유급병가지원 제도 실행을 위한 활동이 산출 결과와 기대효과로 연결되는 인과적 논리성 확보 가능
- 셋째, 서울형 유급병가지원 제도의 일관된 논리구조를 담보함으로써 제도 실행의 오류 최소화
- 넷째, 서울형 유급병가지원 제도 구성요소 간 인과성을 살펴봄으로써 제도의 사각지대 등을 파악하고, 이에 대한 개선지점을 제시할 수 있음.
- 다섯째, 모니터링을 통한 프로그램의 지속 발전 가능성 확보
- 여섯째, 서울형 유급병가지원 제도의 과정 및 제도의 효과성 동시 평가 가능

## 나. 활용자료의 종류와 연구대상 수집 방법

## 1) 활용자료

## 가) 서울시 신청 관리대장 및 월별 운영 예산 실적

- 제도 신청자의 특성 및 제도 운영 비용을 파악하기 위해 제도 시행 이후(2019년 6월)부터 2020년 12월 31일까지 각 동주민센터 혹은 보건소에서 작성한 신청 관리대장과 월별 운영 예산 실적을 이용함. 신청 관리대장에서 사용한 변수는 성별, 연령대, 가구원수, 근로유형, 직업 분류, 병가기간, 병가일수, (입원 시)질병유형, (입원 시) 질병명, 의료기관 유형, 의료기관명, 신청회차, 신청인지경로, 심사결과, 미신청 사유 등이 있음. 월별 운영 예산 실적을 통해 제도 운영에 투입된 인력 인건비와 수혜 금액, 홍보 및 활동 지원비 등을 활용함.

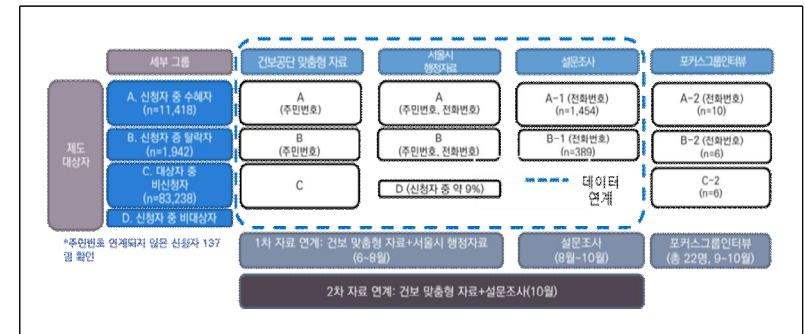
## 나) 건강보험공단 맞춤형 자료

- 제도 대상자 중 비신청자의 현황 및 특성을 파악하고 신청자와 비신청자 간 인구사회학적 특성 및 의료이용 특성의 차이 및 제도 이용 전후 의료이용 정도의 차이를 확인하고, 비용-효과 분석을 수행하고자 2018~2020년 건강보험공단 맞춤형 자료를 이용함. 국민건강보험 맞춤형 자료는 우리나라 건강보험 가입자의 전수를 활용할 수 있는 자료로 국민건강보험공단에서 주관

하고 제공함. 분석을 위해 자격 및 보험료와 명세서, 진료 내역, 요양기관, 일반 1차 검진 대상자, 검진 결과, 검진 문진 데이터베이스 등이 사용됨.

## 다) 설문조사

[그림 2-5-5] 분석자료 형태



- 설문조사는 연구진이 개발한 설문지를 통해 신청자 중 수혜자와 탈락자를 대상으로 설문 용역 업체를 통해 진행함. 설문조사의 목적은 서울시 신청 관리대장과 건강보험공단 맞춤형 자료에서 확인할 수 없는 제도의 효과를 측정하여 수혜자와 탈락자의 제도 신청 전후 당사자 건강 및 직무환경, 당사자의 가족에게 미치는 건강 차이를 확인하는 것임. 또한, 수혜자와 탈락자 집단별 발생한 간접적 의료비용, 제도 신청과정에서 발생하는 비용 등을 체계적으로 파악하고자 함. 설문대상자는 2019년과 2020년에 서울형 유급병가지원 제도를 신청한 사람이며, 선정 여부에 따라 수혜자와 탈락자 집단으로 구분함. 설문 방식은 휴대전화번호를 통해 온라인 설문으로 진행함. 설문조사는 2021년 10월 완료되었음.

## 라) 포커스그룹인터뷰

- 설문조사 등 양적 분석에서는 확인하기 어려운 서울형 유급병가지원 제도의 효과를 파악하기 위해 포커스그룹인터뷰를 진행하고자 함. 포커스그룹인터뷰는 특정 공통 특성을 가진 집단을 묶어 치밀하게 계획한 면접조사를 의미함(Kruger&Casay, 2009).
- 포커스그룹인터뷰는 3~10인의 공통 특성을 가진 집단을 묶어 특정 이슈, 상품, 서비스, 제도 등에 대해 해당 집단의 인식, 감정, 태도에 대해 분석하는데 유용한 연구방법임. 본 연구는 서



울형 유급병가의 수혜효과 측정을 위해 개발한 반구조화된 질문지를 활용하여 서울형 유급병가지원 제도에 대한 평가 속에서 수혜 효과 및 효과를 높이는 요인에 대해 측정하고 분석함. 이를 위해 각각 수혜자 다수집단, 소수 집단, 비수혜 집단, 신청하지 않은 집단을 나누어 연령별, 성별 등을 고려하여 인터뷰를 진행함.

## 2) 연구대상 및 수집방법

### 가) 세부 그룹: 신청자(수혜자), 신청자(탈락자), 비 신청자, 신청자 중 비대상자

□ 본 연구의 대상자는 서울형 유급병가지원 제도를 신청한 사람(수혜자와 탈락자)과 서울형 유급병가지원 대상자이지만 신청하지 않은 비 신청자로 크게 세 그룹으로 구성됨. 서울형 유급병가지원 제도의 지원 자격은 건강보험 지역가입, 서울 거주, 근로조건 등이며, 수급 여부의 판단 기준은 가구원 소득(가구 중위소득 100% 이하) 및 재산(2억 5천만 원 이하) 또는 다른 기초보장 중복 수혜자인 경우임.

□ 한편, 제도를 신청하려고 시도하였으나 대상자 기준을 충족하지 못해 신청 단계에서 거부된 집단도 일부 존재함(신청자 중 비대상자). 다만, 이들의 경우 규모 파악이 가능한 자료가 없기에 따라 본 연구 분석에서는 제외하였음.

□ 지원 자격은 해마다 변경되고 있어, 2019년과 2020년의 구체적인 조건은 상이함(표 5-7). 2019년에는 입원(검진) 발생 전월 기준 3개월간 지역가입자 유지, 신청 당해 연도 1월 1일 이전부터 서울시 거주, 입원(검진) 발생 전월 기준 10일 이상 근로 3개월 유지해야 함. 가구 소득 및 재산 산출을 위한 가구원 범위는 주민등록표상 동일 주소에 거주하는 신청자와 배우자의 직계혈족, 형제자매, 그리고 주민등록표상 다른 주소지에 거주하는 배우자, 만 25세 미만 미혼 자녀 등까지 포함함.

□ 2020년에는 그 기준이 완화된어 입원(검진) 발생일 기준 지역가입자, 입원(검진) 발생일 기준 서울시민 1개월 유지, 입원(검진) 발생 전월 기준 3개월 내 24일 근로로 변경됨. 또한, 가구 소득 및 재산 산출을 위한 가구원 범위 또한 주민등록표상 동일 주소지에 거주하는 신청자의 배우자와 직계혈족으로 축소됨.

〈표 2-5-7〉연차별 서울형 유급병가지원 제도 자격조건 비교

기준	2019년	2020년
지역가입	입원(검진) 전월 기준 3개월간 지역가입자 유지	입원(검진)일 기준 지역가입자 유지
서울거주	신청 당해 연도 1월 1일 이전부터 서울시 거주	입원(검진)일 기준 서울시민 1개월 유지
근로조건	입원(검진) 전월 기준 10일 이상 근로를 3개월 유지	입원(검진) 전월 기준 3개월 내 24일 근로
가구원 범위	-주민등록표상 동일 주소지 거주: 1) 신청자의 ①배우자, ②직계혈족(부모, 자녀), ③직계혈족(자녀)의 배우자, ④형제자매 2) 배우자의 ①직계혈족(시부모, 장인, 장모), ②형제자매(사동생, 처형 등) -주민등록표상 다른 주소지 거주: ①배우자, ②만 25세 미만 미혼 자녀	-주민등록표상 동일 주소지 거주: 1) 신청자의 ①배우자, ②직계혈족(부모, 자녀), ③직계혈족(자녀)의 배우자(며느리, 사위) *가족관계증명서 생략 가능

□ 연구 대상자는 지역가입, 서울거주, 근로조건 등에 부합하는 사람 중 입원 또는 건강검진 의료 서비스를 받은 집단이며, 그 중 제도를 신청한 사람과 신청하지 않은 그룹(비신청자)으로 구분됨. 신청자 그룹은 소득 및 재산 기준, 중복수혜 여부 등에 의해 실제로 지원자로 선정된 수혜 집단과 비선정된 탈락집단으로 구분됨.

### 나) 설문조사를 위한 무작위 선정 그룹

□ 설문조사 모집단은 2019년 6월부터 2020년 12월까지 서울형 유급병가지원 제도 신청자 13,360명(수혜자 11,418명, 탈락자 1,942명)을 대상으로 함. 이들 가운데 조사 참여에 동의한 자를 조사 대상으로 함.

□ 표본 크기는 선정자 2,000명, 비선정자 400명으로 총 2,400명이며, 성별 및 연령별 비례배분하여 표본을 할당함.

### 다) 수혜자·비수혜자·비신청자 포커스그룹인터뷰(Focus Group Interview) <sup>39)</sup>그룹

□ 포커스그룹인터뷰는 어떤 특성이나 특정 경험을 한 사람들이 모여 인터뷰를 진행하는 방법으로, 설문조사에서 파악하기 어려운 사회적 맥락 또는 효과를 파악할 수 있는 연구방법임.

□ 본 연구의 포커스그룹인터뷰 대상자는 2019년 6월부터 2020년 12월까지 서울형 유급병가를 신청하여 지원을 받은 수혜자와 탈락자, 비신청자 집단을 대상으로 인터뷰를 수행하였음.

□ 인터뷰 대상자 선정은 서울시 협조를 받아 유급병가 지원 제도 신청자(연락처 등) 정보 데이터를 받아 해당 조건에 맞는 집단을 무작위 추출하여 섭외하여 인터뷰에 동의하는 경우 진행하였음.

39) 본 연구의 포커스그룹인터뷰는 서울특별시 공공보건의료재단(2021)의 「서울형 유급병가 발전방안 연구」의 포커스그룹인터뷰와 동시에 진행하여 연구참여자가 동일함.

- 비신청자 집단은 서울형 유급병가지원 대상 집단에 해당하지만 신청한 경험이 없는 근로자들이 소속되어 있는 노동조합 또는 노동단체에 협조를 구하여 설외하였음.
- 포커스그룹인터뷰 참여자는 총 22명으로 각 특성별로 5집단으로 나누어 인터뷰를 설계함.
  - 서울형 유급병가 신청자 중 수혜자(10명), 비수혜자(6명)
  - 1집단(4명): 405060대 수혜자 다수 집단
  - 2집단(3명): 2030대 수혜자 소수 집단
  - 3집단(3명): 서울형 유급병가를 2번 이상 이용한 중복수혜 집단
  - 4집단(6명): 신청했으나 수혜자 선정에서 탈락한 집단
  - 5집단(6명): 서울형 유급병가지원 제도를 신청하지 않은 집단
- 인터뷰 참여 시 참여자의 경제활동에 지장을 줄 수 있기 때문에 예산 내에서 소정의 참석수당을 지급하였음.

### 3. 분석방법

#### 가. 통계적 분석방법

##### 1) 회귀분석을 기반으로 한 수혜자-탈락자 간 비교

- 서울형 유급병가 행정대장과 설문조사 데이터를 결합한 자료를 활용하여 서울형 유급병가지원 제도 수혜가 어떤 영향을 미치는지 살펴보기 위해 회귀분석을 실시하였음.
- 본 연구에서는 제도의 초기 결과를 평가한 기존 평가 연구(정혜주 등, 2019; 정재철 등 2020)에 이어 중간결과 지표 가운데 상대적으로 자료 접근성이 높은 의료이용을 중심으로 효과를 평가하였음. 건강보험공단 맞춤형 DB 내 가용한 의료이용 지표와 설문조사 질문과 응답을 활용하였음. 또한 최종 결과 평가에 대한 예비 조사로 제도의 수혜가 자기기일식 건강증진 지표에 미치는 영향을 추가로 함께 살펴보았음. 해당 지표는 설문조사 결과를 활용하였음.
- 연속형 점수를 가진 종속변수의 경우 선형 회귀분석을, 이분형 종속변수의 경우 로지스틱 회귀분석을 실시하였고, 따라서 각각 회귀계수(Regression coefficient)와 승산비(Odds Ratio)를 제시하였음. 모든 종속변수는 제도 '신청 또는 수혜 이후' 시점 질문에 대한 응답 결과임.

- 제도 이용사유(입원 또는 검진)에 따라 집단별 층화 분석을 시행하였음.
- 한편, 이분산성을 고려, 잔차 간 상관성으로 인한 표준오차 편의를 줄이기 위해 모든 회귀분석에 강건표준오차(robust standard errors)를 사용하였음.
- 회귀식은 아래 (식 1, 식2)와 같음.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 SPSL_i + \beta_2 SEX_i + \beta_3 AGE_i + \beta_4 EDU_i + \beta_5 EMPCOND_i + \beta_6 FAM_i + \varepsilon_i$$

(식 29)

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 SPSL_i + \beta_2 SEX_i + \beta_3 AGE_i + \beta_4 EDU_i + \beta_5 EMPCOND_i + \beta_6 FAM_i + \varepsilon_i$$

(식 30)

- Y는 종속변수로 아래 분석변수 소개에 자세히 기술하였음.
- 독립변수: 서울형 유급병가제도 수혜 여부(SPSL)
- 통제변수: 성별(SEX), 연령(AEG), 교육수준(EDU), 종사상지위(EMPCOND), 가구원수(FAM)

##### 2) 성향점수매칭과 이중차이분석 결합모형(The DID method combined with PSM)

- 한편, 정책 효과를 엄밀하게 추정하기 위해서는 정책의 대상 집단의 정책 시행 이후 성과와 정책을 수혜 받지 않았더라면 얻게 되었을 가상적인 상황(counter factual)에서의 성과 간의 차이를 측정해야 함. 이론적으로는 무작위배정(random assignment)을 실행하는 실험설계(experimental design)를 통해서만 이러한 정책효과 추정이 가능하지만, 현실에 있어서 정책 내지 프로그램 참여여부가 무작위로 배정되리라 불가능한 경우가 많고, 서울형 유급병가 제도 역시 동일한 한계를 지니고 있음.

- 따라서 실험설계를 최대한 유사하게 모방하는 준실험설계 또는 유사실험설계(quasi-experimental design) 방법론을 사용하여 정책 효과를 추정하는 것이 실험 연구의 현실적인 대안이라고 할 수 있음. 2021년은 서울형 유급병가 제도가 도입된 지 3년째 되는 해로 그동안 누적된 수급자를 대상으로 1년 이상의 기간에 대한 추적조사가 가능함.

- 성향점수매칭과 이중차이분석 결합모형의 활용은 수혜자와 비수혜자 효과 비교, sub-population에 따른 효과 비교를 목적으로 함.

- 실제 효과 평가에서의 준실험설계는 실험설계 평가의 비편의적 효과를 추정하기에는 한계가 있지만 데이터의 특성 및 제도적 맥락을 잘 활용할 경우 효과적으로 선택편의가 통제될 것으로 기대할 수 있음.

□ 성향점수매칭(PSM)과 이중차이분석(DD)은 정책 효과 분석에서 가장 자주 사용되는 준실험설계 방법론임. 각각의 모형을 개별적으로 적용하는 것보다 성향점수매칭과 이중차이 분석을 결합한 모형이 훨씬 좋은 성과를 보이는 것으로 알려져 있음.

□ 특히 이와 같은 결합모형은 성향점수매칭을 통한 효과 추정만으로는 제거할 수 없었던 선택편의(selection bias)에 대한 문제를 완화시킬 수 있고, 효과 추정의 엄밀성과 실행가능성이 높은 방법론이라는 장점이 있음.

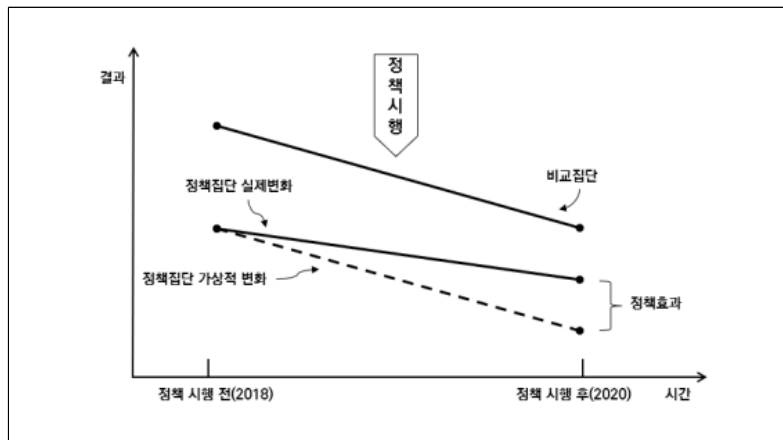
#### 가) 이중차이분석(Difference-in-Differences)

□ 이중차이분석은 선택편의를 야기할 수 있는 관찰 불가능한 이질성을 용인하는 대신, 이러한 이질성이 불변이라고 가정하여 차분을 통해 편의를 상쇄시키는 방법론임.

□ 이중차이분석은 (그림 2-5-6)과 같이 두 집단의 성과에 있어서의 시간적 추세가 동일하다고 가정함. 즉, 정책의 개입이 없었다면 점선이 나타내는 것과 같이, 종속변수에 대해 정책집단과 비교집단이 평행 관계처럼, 서로 유사한 변화를 나타내었을 것이라 가정함.

□ 따라서 실제 정책시행으로 인해 정책의 개입이 있으면 정책집단의 “가상적 변화”가 정책집단의 “실제변화”처럼 정책 시행 후 이동이 있을 것이고, 그 이동한 만큼을 정책효과라고 보는 것이 이중차이분석의 인과효과라고 할 수 있음.

[그림 2-5-6] 이중차이분석의효과 추정



자료: Angrist & Pischke (2008) Figure 5.2.1 참고하여 재구성

□ 이중차이분석은 정책 시행 전 기초조사(baseline survey)와 정책 시행 후 추적조사(follow-up survey) 자료를 활용하여 정책집단과 비교집단의 성과의 평균 차이를 구한 뒤, 다시 그 평균 간의 이중차이를 구해 정책 효과를 추정함.

□ 본 연구와 관련지어 설명하자면, 서울형 유급병가 수혜집단이 서울형 유급병가 시행 이후 변화된 성과와 정책의 혜택을 받지 않았더라면 얻게 되었을 가상적인 상황에서의 성과 간의 차이를 구하는 것임.

(표 2-5-8) 서울형 유급병가지원제도 효과:이중차이 분석(Difference-in-Differences)

구분	t=0(수혜 전)	t=1(수혜 후)	difference
처리집단 (수혜자)	$Y_{t0}$ (서울형 유급병가 비수혜)	$Y_{t1}$ (서울형 유급병가 수혜)	$\Delta Y_t = Y_{t1} - Y_{t0}$
통제집단A (비지원자)	$Y_{cA0}$ (서울형 유급병가 비수혜)	$Y_{cA1}$ (서울형 유급병가 비수혜)	$\Delta Y_{cA} = Y_{cA1} - Y_{cA0}$
Difference			$\Delta \Delta Y(A) = \Delta Y_t - \Delta Y_{cA}$

□ 즉, (표 2-5-8)같이 서울형 유급병가 사업 수혜를 정책의 적용상태 또는 “처리(treatment)”로 취하고, 가상으로 설정한 “서울형 유급병가 수혜 이전 시기(t=0)”에서 “서울형 유급병가 수혜 이후 시기(t=1)”로 이동 시 발생하는 서울형 유급병가 정책집단과 서울형 유급병가 비수혜집단(혹은 비교집단)의 종속변수의 변화 및 차이를 산출함.

□ 본 연구에서는 아래 (식 3)과 같이 이중차이분석의 시간변수와 처치변수를 결합한 변수인 상호작용항(처치변수×시간변수)을 통해 서울형 유급병가 정책 효과를 추정하고자 함.

$$Y = \beta_0 + \beta_1(\text{처치변수}) + \beta_2(\text{시간변수}) + \beta_3(\text{처치변수} \times \text{시간변수}) + \epsilon \quad (\text{식 } 31)$$

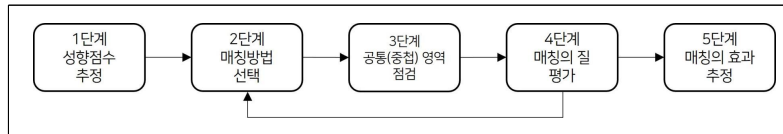
- Y는 종속변수로 아래 분석변수 소개에 자세히 기술하였음
- 처치변수: 1= 서울형 유급병가 수혜, 0= 서울형 유급병가 비수혜
- 시간변수: 1=2020년, 0=2018년

□ 위 (식 3)에서 상호작용항의 회귀계수가 양(+)의 방향으로 통계적으로 유의하다면, 서울형 유급병가 정책의 시행으로 인해 수혜자는 비수혜자에 비해 종속변수가 유의하게 증가한 것으로 볼 수 있어, 서울형 유급병가 정책은 종속변수 증가에 영향을 미쳤다고 해석할 수 있음.

## 나) 성향점수매칭 (Propensity Score Matching)

- 위에 설명한 이중차이분석을 시행하기에 앞서 비교 대상 개체들 간의 상호동질성을 통계적으로 확보하고자 성향점수매칭 기법을 활용하고자 함.
- 성향점수매칭의 기본논리는 유사한 특성을 가진 개인들끼리 짝을 지어서 정책집단과 비교집단을 구성하는 것으로 정책집단과 비교집단의 비동질성에 따른 편의를 성향점수매칭을 사용하여 실험설계의 무작위배정과 유사하게 임의로 구성하는 것임.
- 즉, 정책집단(수혜자 집단)과 모든 면에서 최대한 유사한 특성(observable covariates)을 가진 비교집단(비수혜자 집단)을 추출하여 프로그램 참여의 성과 차이를 비교하는 것임.

[그림 2-5-7] 성향점수매칭(PSM)의 실행 단계



자료: Caliendo &amp; Kopeinig (2008) Figure 1 참고하여 재구성

- 성향점수매칭의 실행단계는 위 (그림 2-5-7)과 같음. 1단계에서는 정책집단과 유사한 비교집단을 만들기 위해 성향점수(propensity score)를 추정함. 성향점수란 관측된 공변량  $X_i$ 에 대하여 프로빗(probit), 로짓(logit), 혹은 선형확률(linear probability) 모형으로 추정된 프로그램 참여  $T_i$ 의 예측확률로, 사업 참여자와 비참여자의 모든 분석 표본을 기반으로 추정됨. 본 연구에서는 연령, 소득 수준, 장애여부, 거주지역, 직종 변수를 매칭 변수로 활용하였음.
- 2단계에서는 추정된 성향점수를 토대로 정책집단과 비교집단을 매칭함. 일반적으로 매칭 알고리즘은 최근거리법(nearest neighbor), 캘리퍼법(caliper & radius), 구간법(stratification & interval), 커널법(kernel & local linear), 가중치법(weighting) 등이 있음.
- 3단계에서는 공통영역(common support)을 정의하여 정책집단과 비교집단의 성향점수 분포에 대한 공통된 또는 중첩된 영역을 점검함.
- 4단계에서는 두 집단의 동질성이 확보되었는지 확인하기 위해 균형검증(balance check)을 시행함.
- 마지막 5단계는 프로그램의 평균적인 정책효과를 추정하는 것인데, 본 연구에서는 앞서 설명한 이중차이분석 모형을 사용하여 두 집단 간의 성과를 비교함.

## 3) 통계적 분석에 활용된 변수

- 다음의 (표 2-5-8)은 서울형 유급병가지원 제도 효과성 분석을 위한 변수를 제시함.

(표 2-5-9) 분석을 위한 활용변수

분석	변수종류	변수명	설명	조작화	자료원
회귀분석	종속변수 (신청 또는 수혜 이후)	자기보고건강	높을수록 좋음	연속형(1~5)	설문조사
		삶의 만족도	높을수록 만족	연속형(1~5)	
		우울감	높을수록 우울	연속형(1~5)	
		배우자/동거인 건강	높을수록 좋음	연속형(1~5)	
		배우자/동거인과의 관계 만족도	높을수록 만족	연속형(1~5)	
		자녀 건강	높을수록 좋음	연속형(1~5)	
		미충족의료	미충족 의료 경험 여부	1: 있음 0: 없음	
		입원 이용	여부	1: 이용 0: 이용하지 않음	
			횟수	연속형(단위: 회)	
			기간	연속형(단위: 일)	
		외래 이용	여부	1: 이용 0: 이용하지 않음	
			횟수	연속형(단위: 회)	
		응급 이용	여부	1: 이용 0: 이용하지 않음	
			횟수	연속형(단위: 회)	
	재활이용	여부	1: 이용 0: 이용하지 않음		
		횟수	연속형(단위: 회)		
	처치(독립) 변수	제도 수혜 여부	서울형 유급병가지원 제도 수혜 여부	1: 수혜 0: 비수혜	서울시 DB
	통제변수	성별	응답자 성별	1: 여성 0: 남성	
		연령	응답자 연령	3: 60대 이상 2: 50대 1: 40대 0: 30대 이하	
		종사상지위	응답자 종사상지위	3: 특수고용직 2: 일용직 1: 사업소득자 0: 기타	
가구원 수		응답자 가구원 수	연속형(단위: 명)		
교육수준		응답자 교육수준	3: 대졸 이상 2: 전문대졸 1: 고졸 0: 중졸이하	설문조사	
그룹변수	이용 사유	서울형 유급병가지원 제도 이용 사유	1: 입원 또는 입원과 겹친 모두 0: 겹친	서울시 DB	

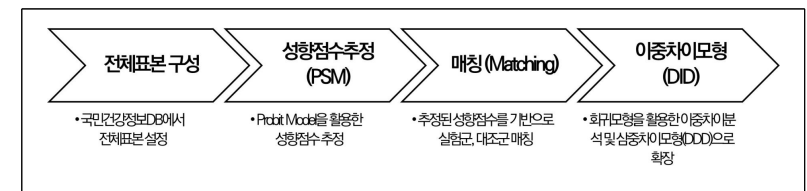
분석	변수종류	변수명	설명	조작화	자료원
성향점수매칭과 이중차이분석 결합 모형	종속변수	연간 전체의료비	법정본인부담금+공단부담금	연속형(단위: 원)	공단 DB
		연간 법정본인부담금	법정본인부담금	연속형(단위: 원)	
		연간 공단부담금	공단부담금	연속형(단위: 원)	
	처치변수	제도 수혜 여부		1: 수혜 0: 비신청	서울시 DB
	시간변수	제도 시행 전후		1: 2019~2020년 0: 2018년	공단 DB
	그림변수 (PSM)	연령	표준 연령	연속형	
		성별		1: 여성 0: 남성	
		장애여부	장애중증도	2: 경증 1: 중증 0: 없음	
		거주지역	15개 자치구 및 서울 외 거주지	25개 자치구(가나다 순 으로 1~25) 16: 서울 외	
		직종	사업장업종(세분류)	100: 없음 99: 기타 21: 전문, 과학 및 기술 서비스업 20: 출판영상방송통신 및정보서비스 19: 하수폐기물처리원 료재생활한경 18: 예술스포츠 및 여가관련서비스 17: 국제, 기타외국기관 16: 가사서비스업 15: 기타공공사회, 개인서비스 14: 보건, 사회복지사업 13: 교육서비스업 12: 공공국방 및 사회보장행정 11: 부동산, 임대, 사업 서비스 10: 금융, 보험업 9: 운수, 창고, 통신업 8: 숙박 음식점업 7: 도소매 및 소비자용 품 수리업 6: 건설업 5: 전기, 가사, 수도사업 4: 제조업 3: 광업 2: 어업 1: 농업, 수렵업, 임업	
	그룹변수	직종	사업장업종(세분류)	100: 없음 99: 기타 21: 전문, 과학 및 기술 서비스업 20: 출판영상방송통신 및정보서비스 19: 하수폐기물처리원 료재생활한경 18: 예술스포츠 및 여가관련서비스 17: 국제, 기타외국기관 16: 가사서비스업 15: 기타공공사회, 개인서비스 14: 보건, 사회복지사업 13: 교육서비스업 12: 공공국방 및 사회보장행정 11: 부동산, 임대, 사업 서비스 10: 금융, 보험업 9: 운수, 창고, 통신업 8: 숙박 음식점업 7: 도소매 및 소비자용 품 수리업 6: 건설업 5: 전기, 가사, 수도사업 4: 제조업 3: 광업 2: 어업 1: 농업, 수렵업, 임업	
		직종	사업장업종(세분류)	100: 없음 99: 기타 21: 전문, 과학 및 기술 서비스업 20: 출판영상방송통신 및정보서비스 19: 하수폐기물처리원 료재생활한경 18: 예술스포츠 및 여가관련서비스 17: 국제, 기타외국기관 16: 가사서비스업 15: 기타공공사회, 개인서비스 14: 보건, 사회복지사업 13: 교육서비스업 12: 공공국방 및 사회보장행정 11: 부동산, 임대, 사업 서비스 10: 금융, 보험업 9: 운수, 창고, 통신업 8: 숙박 음식점업 7: 도소매 및 소비자용 품 수리업 6: 건설업 5: 전기, 가사, 수도사업 4: 제조업 3: 광업 2: 어업 1: 농업, 수렵업, 임업	
		직종	사업장업종(세분류)	100: 없음 99: 기타 21: 전문, 과학 및 기술 서비스업 20: 출판영상방송통신 및정보서비스 19: 하수폐기물처리원 료재생활한경 18: 예술스포츠 및 여가관련서비스 17: 국제, 기타외국기관 16: 가사서비스업 15: 기타공공사회, 개인서비스 14: 보건, 사회복지사업 13: 교육서비스업 12: 공공국방 및 사회보장행정 11: 부동산, 임대, 사업 서비스 10: 금융, 보험업 9: 운수, 창고, 통신업 8: 숙박 음식점업 7: 도소매 및 소비자용 품 수리업 6: 건설업 5: 전기, 가사, 수도사업 4: 제조업 3: 광업 2: 어업 1: 농업, 수렵업, 임업	
		직종	사업장업종(세분류)	100: 없음 99: 기타 21: 전문, 과학 및 기술 서비스업 20: 출판영상방송통신 및정보서비스 19: 하수폐기물처리원 료재생활한경 18: 예술스포츠 및 여가관련서비스 17: 국제, 기타외국기관 16: 가사서비스업 15: 기타공공사회, 개인서비스 14: 보건, 사회복지사업 13: 교육서비스업 12: 공공국방 및 사회보장행정 11: 부동산, 임대, 사업 서비스 10: 금융, 보험업 9: 운수, 창고, 통신업 8: 숙박 음식점업 7: 도소매 및 소비자용 품 수리업 6: 건설업 5: 전기, 가사, 수도사업 4: 제조업 3: 광업 2: 어업 1: 농업, 수렵업, 임업	
		직종	사업장업종(세분류)	100: 없음 99: 기타 21: 전문, 과학 및 기술 서비스업 20: 출판영상방송통신 및정보서비스 19: 하수폐기물처리원 료재생활한경 18: 예술스포츠 및 여가관련서비스 17: 국제, 기타외국기관 16: 가사서비스업 15: 기타공공사회, 개인서비스 14: 보건, 사회복지사업 13: 교육서비스업 12: 공공국방 및 사회보장행정 11: 부동산, 임대, 사업 서비스 10: 금융, 보험업 9: 운수, 창고, 통신업 8: 숙박 음식점업 7: 도소매 및 소비자용 품 수리업 6: 건설업 5: 전기, 가사, 수도사업 4: 제조업 3: 광업 2: 어업 1: 농업, 수렵업, 임업	

분석	변수종류	변수명	설명	조작화	자료원
비용효과평가	직접비용	의료이용 횟수	외래·응급·재활 의료이용 구분	연속형(단위: 회)	설문조사
		입원이용 횟수 및 기간		연속형(단위: 회, 일)	
		질병 전 의료비	두 변수의 차액으로 의료비 증 가액 산출	연속형(단위: 원)	
		질병 후 의료비		연속형(단위: 원)	
	간접비용 ①제도이용	제도 파악 시 소요시간		연속형(단위: 시, 분)	설문조사
		제도 신청 시 소요시간		신청 1회 평균, 연속형 (단위: 시, 분)	
	간접비용 ②근로 및 기 타소득 상실	소득 감소	질병 전후 소득감소액	연속형(단위: 원)	
		교통비		1회 방문 평균, 연속형 (단위: 원)	
		교통시간		1회 방문 평균, 연속형 (단위: 시, 분)	
		간병비		연속형(단위: 원)	
	그룹변수	성별		1: 여성 0: 남성	서울시 DB
		연령		연속형(단위: 세)	
		직종		3: 기타 2: 일용직 1: 특수고용 0: 자영업(사업소득자)	
		민간보험 가입 여부		1: 있음 0: 없음	설문조사
		대출 여부		3: 제3금융 2: 자인 1: 은행 0: 안함	
		자산 처분 여부	토지, 건물, 자동차 등 포함	1: 있음 0: 없음	

#### 4) 분석절차 요약

□ 본 연구의 분석절차는 아래 (그림 2-5-8)과 같이 요약할 수 있음. 본 연구에서는 먼저 국민건강  
보험공단에서 제공하는 국민건강정보DB에서 연구목적에 상응하는 표본을 일차적으로 수집하  
고, 이에 서울형 유급병가의 규정을 대입 및 적용하여 가상의 수혜자와 비수혜자 집단을 구성함.

[그림 2-5-8] 본 연구의 분석 절차(The DD Method Combined with PSM)



- 그리고 두 집단 간의 차이를 비교하는 연구에서는 양자 간의 동질성이 중요한 요건이므로, 개인의 특성을 대표하는 변인을 예측변수로 투입하여 성향점수를 추정
- 추정된 성향점수를 기반으로 해당 점수가 특정한 범위 내에서 분포하는 개인들만을 선택하여 정책집단 및 비교집단을 구성하고 동질성이 충분히 확보되었는지 검토함.
- 이중차이분석을 활용하여 최종 선정된 정책집단과 비교집단의 전년도(서울형 유급병가 시행 전) 대비 성과의 변화를 비교하는 방식으로 서울형 유급병가의 정책 효과를 추정함.
- 또한 이중차이분석을 확장하여, 서울형 유급병가 수급과 관련한 다수의 주요 속성을 투입한 삼차이분석을 수행하여 보다 설명력 높은 연구결과를 도출하고자 함.

## 나. 경제성 평가 방법

- 공중보건의사업 관련 비용-효과분석 등 경제성 평가 연구가 협소한 이유는 관련 연구에 필요한 체계적인 연구 방법론의 부재의 문제와 근거 마련의 필요성에 대한 인식 부족으로 인한 것이라 평가됨.
- 특히 서울형 유급병가제도와 같이 공중보건 및 사회보장제도에 있어 관련 비용은 책정된 예산과 대상자에 보장/지급되는 금액정도로 인지되고 있으나 실제로 제도를 도입하고 운영하는 소요 비용은 고려되지 않는 경향이 있음.
- 따라서 서울형 유급병가제도와 같은 공중보건 및 사회보장제도의 도입과 운영에 소요되는 자원의 활용 패턴과 주요 활동에 대한 원가 및 원가동인(cost driver)을 분석할 필요가 있으며, 이를 위해 제도의 도입과정과 운영의 주요 활동을 정의하고 자용 및 비용 관련 데이터의 범위를 확립하여 서울형 유급병가제도의 경제성을 평가할 수 있는 기초자료를 수집, 분석할 필요성이 있음.
- 또한 제도 수혜자의 의견 및 경험은 사업의 효과적 도입에 매우 중요한 요소라 할 수 있음.
  - 다만 대다수 연구에서는 사업 수혜자의 인식과 만족도와 관련된 조사에 집중되어 있으며 사업의 혜택을 받기 위해 지출하는 직·간접적 비용에 대한 연구 사례는 현재 확인된 바가 없음.
  - 본 사업과 같은 사회보장제도의 평가에 있어 사회적 관점의 비용 및 편익 분석은 제도의 사회적 기여에 대한 중요한 지표이며 사업 대상자와 수혜자들의 인터뷰, 워크숍/세미나, 또는 설문지를 통한 사업 대상/수혜자 관점의 직·간접적 비용의 데이터 구축 및 분석이 필요하다고 판단됨.

- 따라서 본 연구에서는 서울형 유급병가제도의 경제성 평가 연구를 수행함에 있어 사회적 관점의 비용 추계를 위해 서비스 수혜자 및 서비스 제공자의 두 관점에서 소요되는 비용과 이에 영향을 주는 세부요인들을 분석하였으며 관련 근거는 본 제도의 장기적 유지 및 확대에 필요한 주요 경제적 근거로 활용될 수 있다고 판단됨.

### 1) 수혜자 관점에서 소득보장 효과 분석

- 서울형 유급병가사업의 수혜자는 신청자 및 지원자 수준에서 비용 추계를 하기 위해 지난 1년간 유급병가를 전액 또는 일부 지원받은 자(수혜자), 지원받지 못한 자(탈락자)를 구분하여 개인별 service delivery 비용을 산출함.
- 이는 신청자 개인별로 유급병가 신청 횟수 및 총 지원 금액을 포함한 제도 제공 시 소요되는 비용이 다른 부분을 고려 할 필요가 있고, 이에 따른 신청자 특성별 cost driver를 분석해 볼 수 있는 장점이 있음.
- 또한 비용 추계 결과와 효과성 평가 연구의 결과 등을 바탕으로 서울형 유급병가제도의 비용-효과(cost-effectiveness)를 확인하여 본 제도로 인한 수혜자 관점에서 소득보장 효과성을 파악하였음.
- 본 연구는 서울형 유급병가제도의 경제성을 평가함에 있어 제도의 도입 및 운영에 대한 비용과 수혜자 관점에서 제도 참여에 소요되는 직·간접적 비용을 산출하고 이를 바탕으로 제도의 수혜자 및 탈락자의 사회적 비용을 규명하고, 제도 수혜자의 소득보장 효과성을 평가하기 위함.
- 서울형 유급병가제도 신청자가 질병 발생으로 인해 이용한 의료이용 횟수와 지출한 의료비를 파악하기 위해 질병 발생 전후 의료이용 패턴을 파악하고자 함.
  - 질병 발생으로 인한 의료비 지출을 의미함(외래·입원·응급·재활의 의료이용 및 의료비). 건강보험공단 코호트 DB 및 제도 신청자 대상 설문조사를 활용하여 제도 수혜자 및 탈락자의 제도 신청과 관련된 질병을 기준으로 진단 및 치료과정에 발생한 의료비용을 산출함. 자체 설문조사 결과에서는 한방치료, 물리치료, 비급여를 포함한 총 지출 의료비용을 파악할 수 있음.
- 또한 연구팀의 자체 설문조사를 통해 질병 또는 상병으로 인해 지출된 의료비용, 그리고 제도 수혜자 관점에서 제도 신청 및 의료서비스 이용시 소요된 간접적 비용을 파악하였음.
  - 서울형 유급병가제도 이용 시 소요된 노동 및 시간, 소득손실 및 기타 손실(교통비, 간병비 등 간접비용)의 변수를 사용함. 소득손실 변화량 산출 시 직장복귀여부 변수를 활용하였고,

복귀한 경우 직장에 복귀하는데 걸린 시간 변수를 이용하여 질병 발생 이후 소득소실 변화량에 대한 경제적 기회비용을 산출하는데 활용함.

- 수혜자 관점에서 발생한 간접비용은 주로 설문평가에서 구축된 데이터를 활용하여 분석하였음. 관련 비용은 제도 신청자(수혜자 및 비수혜자)가 유급병가 신청 과정과 유급병가의 사유가 되는 질병을 치료를 위한 의료서비스 이용 시 추가적으로 발생할 수 있는 비용과 소요된 시간들로 정의하여 분석할 예정임. 간접비용 (소득 및 기타소득 손실, 유급병가 신청 및 의료서비스 이용 시 발생한 수혜자 별 시간을 계산하여 소득기준에 따라 시간당 인건비를 곱하여 산출함)으로 구분하여 제도 이용자 개인별로 산출함.

- 구체적인 측정변수로는 연간 근로소득 증감량(월 평균 \* 12개월), 해당 질병으로 의료기관을 이용 시 지출된 교통비(1회 평균 교통비 \* 총 의료이용 횟수), 의료기관을 이용 시 왕복 이동으로 인해 소요된 시간(의료기관 이용 시 발생하는 1회 왕복 평균시간 \* 시간당 평균 소득액), 해당 질병으로 인해 발생한 총 간병비, 서울형 유급병가제도를 신청하기 위해 제도를 알아보고, 신청하는데 소요된 시간(총 누적 시간 \* 시간당 평균 소득액) 등이 포함됨.

- 제도 신청자의 개인적인 특성에 따른 비용-편익의 차이를 파악하기 위해서 민간보험 가입 여부, 대출 및 자산처분 경험 여부 등에 따른 sub-group analysis를 수행함.

#### □ 분석방법

- 연구대상자 그룹별(수혜자, 탈락자, 비신청자) 간 주요 지표를 비교·분석
- 집단 비교 시 위에서 산출된 1인 평균 의료비를 성별, 연령 등 개인적 특성에 따라 sub-group analysis를 수행
- 또한 민간보험 가입 여부, 질병발생 이후 대출 및 자산처분 경험 여부, 또는 질병의 종류에 따라 비용 및 편익 산출의 결과 정도에 차이가 나타날 수 있으므로 유급병가제도의 신청서류 및 건강보험공단 코호트 DB 데이터를 활용하여 개인 특성에 따른 sub-group analysis를 수행

## 2) 제공자 관점의 비용 분석

- Implementation Costing 개념 틀에서는 공중보건 또는 사회적 사업을 구상(Design), 시행(Initiation), 그리고 유지 운영(Maintenance)의 과정으로 나누고, 각 과정의 주요 사업 활동을(activity)을 정의하고, 활용된 자원 별로 데이터를 구축하는 방법을 추구함(Sohn et al., 2020).

- 본 연구에서는 필수 사업 활동에 대한 정의는 사업의 로직 모형, 구성요소(사업활동 관련 기관/단체/투입인력 및 자원), 그리고 활동범위 등을 고려해 정의할 예정임. 또한 지역 및 수혜자 별 사업 도입 및 운영과 관련된 데이터를 활용하여 지역별, 대상 및 수혜자 별 비용 분석을 별도로 진행해 사업의 구성과 운영의 세부적인 요소들을 확인하여 사업 확대에 필요한 경제적 근거를 마련하였음.

- 서울형 유급병가제도의 제공자 관점 비용은 본 제도를 도입하고 운영하는 과정에서 발생한 비용으로 사업 운영의 주체인 서울시의 관점에서 지출된 비용을 의미함(예: 제도 도입을 위해 시행한 연구 및 교육 활동, 대상자 평가를 위한 신청 절차제도 및 심사과정, 인력고용, 홍보 및 관리비 등).

- 본 분석은 서울형 유급병가사업의 경제성 평가를 위해 관련된 예산자료(예: 일반인에게 공개되거나 연구팀에 공유된 사업 예산 및 예산집행 자료)를 활용하여 본 제도를 도입과 운영을 위해 투입자원을 파악하여 분석함.

- 구체적인 지표별 분석내용은 다음과 같음.

- 서울형 유급병가제도 수혜자 1인 평균비용: 수혜자 1명에게 제도 혜택을 부여하기 위해 소요된 제도 제공자 관점의 평균 총액으로 산출함. 연구진이 확보할 수 있는 관련 자료에 따라 총 비용을 제도 대상자가 속한 자치구 별로 분석 할 예정임. 비용에 포함될 내역은 서울형 유급병가제도를 기획하는 과정에서 소요된 비용과 연구기간에 포함된 1년간 제도를 운영한 비용 그리고 수혜자에게 지급된 사회보장 총액을 합산한 금액으로 평가에 활용함. 관련 지표는 합산한 제도 제공자 관점의 총액을 연구에 포함된 기간 내 제도 수혜를 받은 대상자 수를 나눈 값으로 산출함.

#### □ 분석방법

- 제도 제공자 관점의 비용은 2020년 1년간 서울시에서 제도운영과 관련된 예산 집행자료를 바탕으로 광고 및 홍보 (세부내역으로 추가 구분), 사업 집무비 (서울 시 중앙 집무비 및 회의/연수비로 추가 구분), 제도 운영 및 활동 (자체치 운영 및 인건비, 자문단 및 찾아가는 설명회 등의 회의비, 코로나 관련 내역들로 추가 구분), 그리고 유급병가 지급액의 항목으로 구분하여 분석하였음.

- 앞서 내역별로 산출 된 제도 제공자 관점의 비용은 각 자치구의 신청자, 선장자 및 제도 이용자의 총 제도 신청 횟수, 그리고 제도 인지/이용 경로 (제도 홍보 유형별) 활용 횟수를 각 자치구별로 산출하여 자치구별 비용으로 세부 산출하였음.

- 제도 제공자 관점의 비용은 서울시 전체 및 자치구별로 1) 제도 제공 총비용 (세부적으로 인지경로 이용, 신청서류 심사, 수혜 금액 비용으로 구분)과 2) 대상자 1인 평균비용으로 산출하였음.

- 유급병가 신청서에 기재된 질병 사유를 기준으로 직·간접적 관련이 있는 의료서비스를 정의하여 1인 평균 의료비용에 대한 민감도 분석을 시행



#### 다. 질적 자료 분석

□ 질적 분석(qualitative analysis)은 사회적 관계의 숨겨진 의미와 유형을 드러내는 것을 목적으로 하는 분석의 한 종류로, 현장에 대한 관찰을 통해 비수치적 조사와 이를 해석하는 현장조사(field work) 분석을 의미함(Babbie et al. 2013).

##### 1) 이용 경험에 대한 현상학적 접근: Stevick-Colaizzi-Keen 분석방법

□ 본 연구에서는 질적 분석의 한 방법으로 현상학적 분석 중 가장 실천적이고 유용한 것으로 알려진 Stevick-Colaizzi-Keen 방법으로 분석함(Moustakas, 1994).

□ Stevick-Colaizzi-Keen의 분석 절차는 다음과 같이 진행함(Creswell, 2007).

- 어떤 현상에 대한 연구자 자신의 경험을 사전에 기술하여 연구 참여자에게 집중함.
- 연구 참여자들이 한 진술 중 ‘의미 있는 진술 목록’을 만들어 의미 있는 것을 나열하고 각각 반복되거나 중복되지 않는 진술을 목록화 함.
- 연구참여자들의 ‘의미 있는 진술’을 ‘의미 단위’ 또는 큰 단위의 주제로 묶어 냄.
- 묶어낸 진술을 토대로 연구참여자들에게 ‘무슨 일이’ 발생했는지에 대한 조직적 기술(textual description) 수행 → ‘어떻게 일어났는지’에 대해 현상의 장소와 맥락을 반영한 구조적 기술(structural description) → 현상에 대한 조직적 기술과 구조적 기술을 결합한 기술을 통해 경험의 본질과 최적의 현상학적 분석을 제시함.

□ 본 연구의 질적 분석은 다음과 같이 진행함.

- 서울형 유급병가 이용자(수혜자, 탈락자, 비신청자) 집단의 특성별로 의미있는 진술 목록으로 만들어 수혜효과와 수혜효과를 촉진하는 요인으로 단위로 묶어 진술을 분석하였음.
- 그 다음 이용자 집단이 경험한 ‘서울형 유급병가’의 수혜효과는 이용자 집단의 특성에 따라 각각 집단별로 어떻게 경험이 달라지고 있으며 이들에게 서울형 유급병가는 어떤 의미를 갖는 제도인지 비교 분석하였으며 이를 통해 수혜효과와 수혜효과를 촉진하는 요인으로 나누어 분석하였음.

##### 2) 서울형 유급병가 평가 논리모형을 기반으로 수혜효과를 분석하는 포커스그룹인터뷰 설계

□ 본 질적 분석은 서울형 유급병가지원 제도의 수혜효과가 무엇인지, 어떤 영향을 주는지를 주요 분석 목표로 정하고, 서울형 유급병가 평가를 위한 논리모형을 기반으로 포커스그룹인터뷰 질문을 설계하였음.

□ 정책 프로그램의 설계는 서울형 유급병가 지원 제도의 하위 프로그램의 구성요소, 그리고 구성요소 간 관계에 대한 명확한 이해가 선행되어야 함. 이 중 유용하게 사용되는 준거틀(framework)이 바로 논리모형임.

○ 논리모형은 1) 의도한 프로그램의 구성요소 간 인과관계를 설정하고, 2) 프로그램이 의도한 대상자들에게 정확하게 전달되고 있는지 파악할 수 있음(전준구, 2013; 정혜주 외, 2019 재인용). 논리모형의 장점은 모든 정책 사업 프로그램의 기획, 관리, 평가 시 적용할 수 있는 준거틀이라는 것임. 설계된 프로그램의 목적이 적절한지, 어떠한 방법으로 목표에 도달할 수 있는지, 목표를 달성했다고 판단할 수 있는 근거는 무엇인지 보여줌(정혜주 외, 2019).

□ 논리모형의 구성요소는 프로그램의 자원 투입, 활동, 산출(output), 고객(또는 지원 대상), 산출결과(outcome, 단기·중기·장기)구성됨. 본 연구에서는 서울형 유급병가지원 제도의 수혜효과를 평가하기 위한 질문을 다음의 (표 2-5-10)와 같이 논리모형의 흐름을 기반으로 설계함.

□ 서울형 유급병가지원 제도 평가 논리모형의 단계별로 구성된 반구조화된 질문지를 통해 수혜자, 탈락자, 비신청자의 제도에 대한 인식, 이용실태, 제도에 대한 만족도 및 고충, 제도 이용에 따른 효과, 제도 이용에 따른 태도나 행위의 변화, 제도 이용을 촉진할 수 있는 요인 등에 대해 포커스그룹인터뷰를 진행하고 그 내용을 수혜효과를 중심으로 분석함.

(표 2-5-10) 서울형 유급병가지원 제도 평가 논리모형 단계별 포커스그룹인터뷰 질문구성

단계	내용	평가지표	평가질문 유무		
			수혜자	비수혜자	
사전	목표 달성을 위한 제도 설계	대상자 설정의 포괄성	●	●	
		대상자 모수 추정을 위한 자료의 유무			
		사업군 내 사업 간의 상충·보완관계			
활동	투입	투입의 충분성	●	●	
		지원단위의 적절성	●	●	
		지원방식의 적절성	●	●	
		협력체계의 적절성			
	집행	홍보의 적절성	●	●	
		추진방식의 적절성	●	●	
		심사의 타당성		●	
	산출 (output)	지원대상의 충분성	●	●	
		지원수준의 충분성	●	●	
		지원기간의 충분성	●	●	
효과	산출결과 (outcome, 성과)	단기	병원 및 입원이용률	●	●
			공단 건강검진 수검률	●	●
			제도 만족도	●	●
			건강관리 인식의 변화	●	●
		중기	고용 및 소득보장	●	●
			장기	건강보장	●
	목표 달성	제도의 목표달성에 대한 기대와 실제 평가	●	●	

## 제3절 연구결과

### 1. 기존 논리모형 수정

#### 가. 기존 논리모형

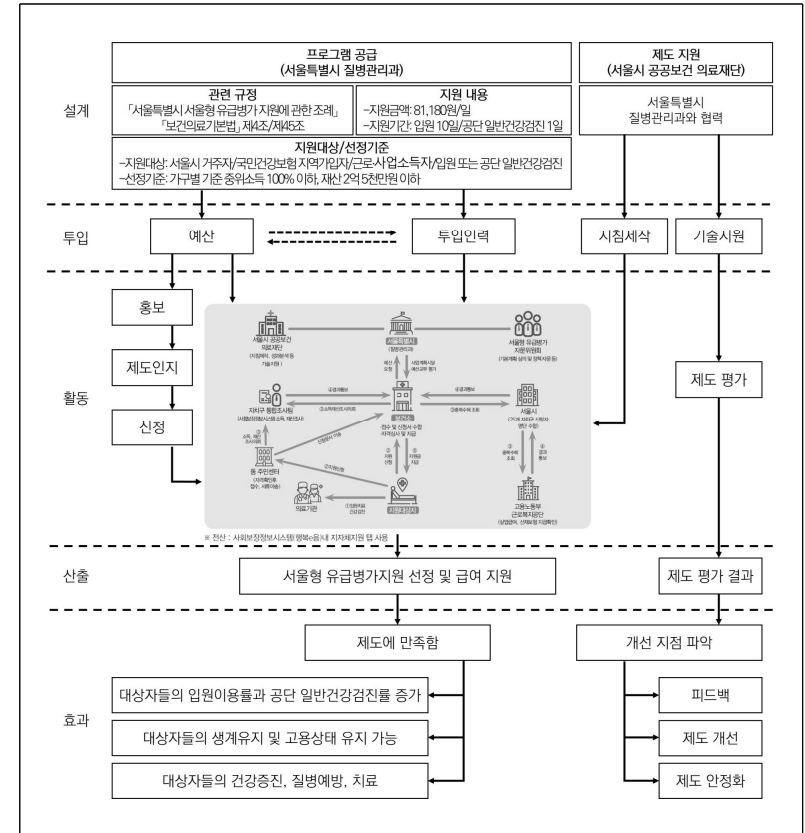
□ 프로그램 이론(인과적이고 가설적인 연결 관계)

- 서울시는 서울형 유급병가지원 제도에 충분한 자원을 투입했을 것이다.
- 서울형 유급병가지원 제도에 투입한 자원을 통해 적절한 활동이 이루어졌을 것이다.
- 서울형 유급병가지원 제도의 활동은 대상자의 제도 이용을 증가시켰을 것이다.
- 대상자들이 서울형 유급병가지원 제도를 이용함으로써 제도가 목표한 변화를 가져올 것이다.

□ 서울형 유급병가지원 제도 논리모형

- 가설 검증을 위해 (그림 2-5-9)을 통해 제도의 과정을 도식화하고 평가 지점을 제공함.
- 서울특별시 시민건강국 질병관리과<sup>40)</sup>는 관련 규정에 근거하여 서울형 유급병가지원 제도를 마련함(설계 단계).
- 제도 도입 및 수행을 위해 예산과 인력을 투입하고, 제도가 원활히 운영될 수 있는 지침을 마련하고 전달체계를 조직함(투입 단계).
- 투입된 예산과 인력을 통해 제도를 홍보하면 사람들이 새로운 제도를 인지하게 되고 제도 신청자가 나타남. 신청이 접수되면 새로운 인력과 기존 시스템으로 구성된 전달체계를 통해 수혜 적합 여부를 심사함(활동단계).
- 심사 결과, 지원 대상자가 선정되고 급여를 지원함(산출 단계).
- 제도 시행 및 급여 지급의 단기 효과로 서울시민의 만족도가 높아지고, 제도가 안정화되면 대상자들의 입원율과 공단 일반건강검진율이 증가하게 되며, 생계를 유지하고 고용상태를 유지할 수 있게 됨. 장기적으로는 대상자들의 질병 예방과 조기 진단을 통한 치료를 통해 전반적인 건강증진의 효과가 나타남(효과 단계).

[그림 2-5-9] 서울형 유급병가지원 제도 논리모형



□ 평가지표

- 강신욱 외(2015)가 제안한 사회보장제도 평가 공통지표를 토대로 지원 제도의 특성에 따라 생략 및 추가·보완함. 공통지표는 논리모형의 구성요소를 포함하고 있으며, 다수의 사회보장제도 평가 연구에서 활용하고 있어 제도 평가의 일관성과 비교 대상을 확보할 수 있음.

40) 2021년 현재 담당부서는 시민건강국 건강증진과임

〈표 2-5-11〉서울형 유급병가지원 제도 논리모형 구성요소에 따른 평가지표 및 평가 수단

구성 요소	지 표	
설계	대상자 설정의 포괄성	정책안 대상자와 현행 제도 대상자의 비교 신청기준 만족 대상자 규모 추정치(B)/제도가 필요한 대상자 규모 추정치(A)
	대상자 모수 추정을 위한 자료의 유무	제도 대상자 규모(모수 추정)를 추정할 수 있는 객관적 자료 존재 유무 자료의 적절성
	사업군 내 사업 간의 상충·보완 관계	지원 대상이 중복되는 제도가 있는가?(지원제외 기준) 보장성 강화 여부(상충·보완 여부 판단)
	투입의 충분성	예산이 충분한가? 인적자원이 충분한가?
투입	지원단위의 적절성	제도 지원 단위가 제도가 의도한 대상자를 얼마나 포괄하는가? 제도 목표에 부합하는가?
	지원방식의 적절성	심사과정에 영향을 미쳤는가? 지원 방식 만족도
	홍보의 적절성	이용자 제도 인지 경로와 홍보방식이 일치하는가? 제도 인지도 정도
활동	추진방식의 적절성	실무담당자들이 업무를 추진하는데 어려움은 없는가? 이용자 신청절차와 어려움
	심사의 타당성	심사 및 급여 지급에 걸린 시간 대상 및 선정조건과 심사 탈락기준의 부합성
	지원대상의 충분성(고객)	예산 신청자 대비 실제 신청률 대상자 대비 수급율 제도 신청 및 선정 현황
산출	지원수준의 충분성	대상자들의 평균입급(A) 대비 서울형 유급병가 지원금(B) 급여액 만족도
	지원기간의 충분성	일원일수(A) 대비 유급병가 지원금 지원 일수(B) 지원기간 만족도
효과	(단기)	입원이용률 <sup>1</sup> 공단건강검진수검률 <sup>2</sup> 만족도
	(중기)	전년도 대비 인원 이용 증가율 전년도 대비 공단 일반건강검진 수검 증가율 제도 만족도
	(장기)	고용유지 여부 입원 발생 전후 소득 비교 대상자 평균 건강수준

1 신청관리대장 등 서울시 내부자료, 문의 및 민원 내용, 건강보험공단 자료 등

2 건강보험공단 자료를 활용해야 하지만, 자료이용의 한계로 이번 평가에서는 측정하지 못함

출처: 정혜주 외(2019). 서울형 유급병가 기술지원 및 효과평가 연구

## 나. 수정 기준

### □ 사회보장제도 평가 공통지표(강신욱 외, 2015)

- 사회보장제도 평가 공통지표(표 2-5-12)는 2014년 11월에 개정된 「사회보장기본법」(제 20조 제2항 3호)에 근거하여 사회보장평가 및 개선을 위해 개발됨.
- 평가 공통지표를 개발함으로써 사회보장제도의 양적 확대에 치우친 정책 수립 기조를 효율 성과 효과성을 높이는 방향으로 수정할 수 있는 객관적인 근거를 마련하고자 함.
- 공통지표는 수요자와 효과성 중심으로 구성하되, 효과에 영향을 미칠 수 있는 요인들이 정책 설계, 투입, 산출 단계에서 어떻게 나타나고 있는지 평가함.

〈표 2-5-12〉사회보장제도 평가 공통지표 및 주요 내용

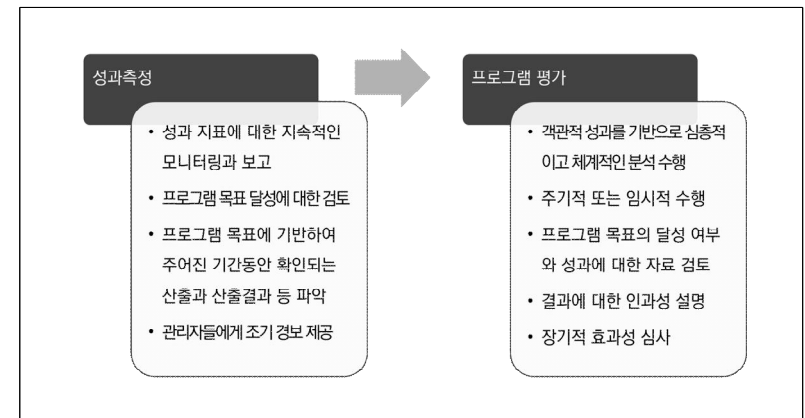
단계	평가지표	주요 내용
설계	대상자 설정의 포괄성	사업/제도를 필요로 하는 대상자 설정이 적절히 되었는가?
	대상자 모수 추정을 위한 자료의 유무	개별 사업별로 대상자 규모를 추정할 수 있는 객관적 자료(조사, 통계 등)가 존재하는가?
	사업군 내 사업 간 상충·보완 관계	지원 대상이 중복되는 부분은 없는가? 중복되는 경우 보장성이 강화되는 방향인가?
투입·집행	투입의 충분성	충분한 예산이나 인적자원의 투입이 이루어졌는가? 예산 확보를 위한 적절한 정책 수단을 갖추고 있는가?
	지원 방식의 적절성	해당 사업의 지원 방식이 적절한가?
	자원 투입의 적절성	자원 투입이 지역적 수요에 부합하게 제공되는가?
	추진 방식의 적절성	사업 추진 방식이 해당 사업의 수행을 위해 적절한 추진 체계인가?
	모니터링의 체계성	개별 사업별 모니터링 방식
산출	수급자 비율	해당 사업 수혜자, 서비스 신청자 대비 이용자 현황 등
	지원 수준의 충분성	지원 수준이 정책 목표를 달성하기에 적절한 수준으로 설정되었는가? 실제 지원을 받고자 하는 경우 제한은 없는가?
성과	목표 대비 성과 달성률	성과 달성 목표의 사전 제시 여부 및 성과 달성 정도
	성과 관리에 대한 절차 여부	성과 관리와 관련된 객관적 절차를 갖추고 있는가?
영향	간접적 파급 효과	사업의 목표 달성 여부

출처: 강신욱 등, 2015

### □ 논리모형에 따른 성과측정 유형

- 성과평가는 성과를 중심으로 조직이나 프로그램의 결과를 평가하는 것(노화준, 2009)으로 측정 가능한 성과들을 통해 프로그램 평가에 필요한 객관적인 자료를 제공할 수 있음.

〔그림 2-5-10〕성과 측정과 프로그램 평가 간의 관계



출처: 노화준, 2009

- 프로그램 논리모형 구성요소별 성과측정과 관련된 지표들은 서비스의 질, 능률성, 효과성, 생산성, 비용효과성 등이 있음.

〈표 2-5-13〉 성과측정 지표와 논리모형과의 관계

논리모형 구성요소	내용	예
자원/투입	서비스 전달 및 전달체계 운영을 위해 소비된 자원	프로그램 규모, 투입인력, 원재료, 시설 및 장비 등 전달시스템
활동	핵심적인 지식·기술·제품과 서비스들을 직접적으로 산출하기 위해 수행된 일	계획에 따른 홍보, 교육, 조사, 실험 등
산출물	프로그램 활동에 의한 직접적 결과인 서비스와 생산물	특허, 논문, 기술, 보고서, 교육 수료생, 제도 신청자 등
제도 대상	프로그램의 타겟 모집단 측정 지수	프로그램 대상자 중 신청자 비율
효과(산출결과)	산출물에 대한 만족도, 목표 달성 정도 등등	프로그램 참여자의 만족도, 사업화 성공 건수, 비용-효과성 등

출처: 이도형, 이희권, 김부중, & 장호원. (2010). 국가연구개발사업 유형별 성과평가 논리모형 개발에 관한 연구. 서울: 한국과학기술기획평가원.

- 미국 정부업무성과평가법(Government Performance and Results Act, GPRA)에 기반한 평가도구 PART(Program Assessment Rating Tool, 재정 사업 자율평가)
- 정부 업무의 추진상황을 점검하고 업무 성과를 평가할 수 있는 객관적인 근거를 마련하여 예산 배정의 투명성을 확보하기 위해 개발됨.
- 지표는 추진방법과 성과 평가를 위해 모든 정부 업무에 일관되게 적용될 수 있는 총 25개의 질문으로 구성되며, 설계, 추진전략, 운영, 결과 등 4개 부문으로 구분됨.

〈표 2-5-14〉 미국 PART의 4가지 부문별 질문구성

부문	질문	평가기준	응답	가중치
설계	1. 사업목적의 명료성 2. 문제/관심/요구 등 사업추진 배경 3. 기존사업과의 중복성 4. 사업의 효과/효율을 저해할 수 있는 설계상의 결함 5. 목표집단/사업목적에 향한 자원의 실질적인 투입	프로그램 목적이 명확하고 다른 프로그램과 중복성이 없게 잘 설계되었는가	예/아니오	20%
추진 전략	1. 사업결과/목표에 기반한 구체적 중장기 성과목표 2. 중장기 성과목표와 관련된 구체적 대상 집단 및 일정계획 3. 중장기 성과목표를 향한 구체적 연차별 성과목표 4. 연차별 성과목표와 관련된 구체적 대상 집단과 기준치 5. 연차별 및 중장기 성과목표에 대한 사업관계자의 합의 6. 적정규모 및 질적수준의 정기자체평가 계획 7. 예산과 연차별/중장기 성과목표와의 연계 및 구체적 자원 요구 내역 8. 사업추진 전략상 미진한 점에 대한 개선 대책	각 부처들이 프로그램의 연간 및 최종목표와 이를 측정할 수 있는 성과지표 가지고 있는가	예/아니오	10%
운영	1. 적절한 서파정보의 정기적인 수집 및 성과개선을 위한 수집정보의 활용 2. 비용, 추진일정, 성과측면에서의 책임경영 3. 예산의 적기배정 및 합목적 지출 4. 사업추진의 효율성/비용효과성 평가 5. 관련사업과의 유기적인 관계 6. 엄격한 회계 관리 7. 사업운영상 미진한 점에 대한 개선대책	각 부처들이 프로그램 성과개선 노력, 재무관리 프로그램 진행 상황 점검 등 프로그램 관리 노력과 정도	예/아니오	20%

부문	질문	평가기준	응답	가중치
결과	1. 중장기 성과목표 달성을 향한 적절한 진전 2. 연차별 성과목표의 달성 3. 연차별 성과목표의 달성과 동시에 사업추진의 효율성/비용효과성 증대 4. 유사한 목표 하에 추진되는 공공 및 민간사업과의 성과 비교 5. 적정규모 및 질적수준의 자체평가결과	전략적 기획에서 제시된 프로그램 성과 목표를 달성했는지	충분히 있음 상당히 있음 약간 있음 없음	50%

출처: OMB's PART Questions ([https://www.strategisys.com/part\\_questions](https://www.strategisys.com/part_questions)). (2021.06.30. 인출)

#### □ 캐나다 보편적 아동수당(Universal Child Care Benefit, UCCB) 평가지표

- 본 제도에 대한 평가는 2009년 8월에서 2011년 11월 사이에 실시되었으며, 평가 범위는 거버넌스와 정책 성과로 구분되며 총 8개의 평가 주제로 구성됨.
- 거버넌스 부문은 2개의 평가 주제에 따른 7개의 평가지표로 구성됨. 구체적인 평가 주제는 제도 실행을 위한 업무 조율, 커뮤니케이션, 관리 및 책임과 관련된 부서 간/부서 내 효과적인 전달체계 여부임.
- 정책성과 부문은 6개의 평가 주제에 따른 34개의 평가지표로 구성됨. 구체적인 평가 주제는 홍보 활동의 효율성, 제도에 대한 인지도, 보장률, 제도 전달체계의 비용 분석 등이 있음.
- 평가를 위한 자료 수집 방법에는 행정자료 검토, 실무자 인터뷰, 데이터 분석, 수혜자 설문 조사 등이 있음.

〈표 2-5-15〉 캐나다 보편적 아동수당(Universal Child Care Benefit, UCCB) 평가지표

평가 주제 및 질문	평가 지표	행정 자료 <sup>1)</sup>	데이터 분석 <sup>2)</sup>	수혜자 설문조사 <sup>3)</sup>	실무자 인터뷰 <sup>4)</sup>
거버넌스					
Q1. UCCB의 설계 및 구현을 위한 거버넌스 및 책임의 기초들은 얼마나 효과적인가?	4.1 역할과 책임을 명확하게 정의 및 실행 됨	●			●
	4.2 부서 내외간의 조정, 커뮤니케이션, 관리 및 책임 구조 (예 : 운영위원회, 실무 그룹, MOU)	●			●
	4.3 부서 내외간의 조정, 커뮤니케이션, 관리 및 책임 구조의 효율성 ● 활동, 운영 정책, 절차 및 관행 ● 개인정보영향평가 (PIA)를 포함한 데이터와 정보의 교환 및 보고				●
	4.4 부서 간 보편적 보육지원 혜택 (UCCB) 활동의 공통 및 중첩 부분 확장				
Q2. 성과 측정 전략이 프로그램 책임과 의사 결정을 지원하기에 충분한가?	5.1 성과 측정전략의 구현 범위	●	●		●
	5.2 필요 정보들의 유형과 가용성에 영향을 미치는 요소들 (개인정보영향평가 등)				
	5.3 의사 결정을 지원하기 위해 고위 경영진, 중앙 기관, 의회에 보고하는 적절성	●			●
정책 성과					
Q3. HRSDC 산하 Service Canada는 커뮤니케이션, 홍보, 지원활동 등을 구현하는데 있어 얼마나 효과적인가?	6.1 HRSDC, SC의 지원활동 및 홍보활동 자료의 수 및 유형	●			
	6.2 UCCP 웹 사이트의 효과를 포함한 커뮤니케이션 및 지원활동에 대한 견해	●		●	●
	6.3 온라인 및 서면 신청서 수 비교 (6 세 미만 자녀를 둔 수혜자를 위한 캐나다 양육 세금지원 혜택 (CCTB) 신청서)		●		
Q4. 신청과 지급을 위한 시스템과 과정이 적절하고 효율적인가?	7.1 연간 수혜 받는 신규 신청자 수와 처리 기간 (6세 미만 아동을 가진 CCTB 신청자들)	●	●		
	7.2 연간 처리 및 지급되는 UCCB의 수	●	●		
	7.3 연간 거절된 신청자의 수 (CRA 거부 통지 횟수)	●	●		
	7.4 신규 신청자의 신청부터 혜택 지급까지의 평균 시간	●	●		
	7.5 신청과 지급 과정이 효율적이고 적절한지 검토			●	●
	7.6 CCTB 대비 은행 예금과 우편 수표로 지급받는 비용 비교	●			
	7.7 (PWGSC에 대한) 다른 혜택과 비교하여 반환된 직접 예금 및 수표의 백분율				
Q5. 자격을 갖춘 부모들은 UCCB에 대하여 어느 정도 인식하고 알고 있는가?	8.1 UCCB를 받고 있는 가족 중 예상 비용		●		
	8.2 UCCB 자격 기준, 목적과 혜택 금액에 대하여 알고 있는 적격 부모의 비중	●		●	
	8.3 UCCB에 대하여 충분히 지식이 있다고 느끼는 수혜 부모의 응답 비율 (e.g., 목적, 금액)	●		●	
	8.4 UCCP 웹사이트와 UCCB 관련 정보원에 대한 수혜자 지식 (UCCP 웹사이트 방문 수/접속 수, CRA 웹사이트 접속 수, 조사된 수혜자 견해)		●	●	
	8.5 UCCP 이메일 뉴스레터를 받는 수혜자 수		●		
	8.6 월별 Service Canada 인터넷 사이트 클릭 수(2006년 5월~2007년 6월)		●		
	8.7 지방/지역별, 분기별(2006년 7월~2007년 6월) 모든 Service Canada 채널(EI 콜 센터, CPP OAS 콜 센터, 캐나다 문의 센터) 및 CRA 콜 센터를 통한 전화 문의 수		●		
	8.8 지방/지역별, 분기별 서비스 캐나다 현장 문의 수(2006년 7월~2007년 6월)		●		
	8.9 문의사항과 홍보 기준 비교	●			
	8.10 시간에 따른 수령자 비율과 홍보 기준 비교		●		
	8.11 목표 대상 인구에 도달하는 HRSDC 및 Service Canada 활동 효과에 대한 견해				●

## 220 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

평가 주제 및 질문	평가 지표	행정 자료	데이터 분석 <sup>1)</sup>	수혜자 설문조사 <sup>2)</sup>	실무자 인터뷰 <sup>3)</sup>
Q6. UCCB는 비용 효율적으로 제공되는가?	9.1 해당 모델의 예상 비용 절감액	●			
	9.2 UCCB 제공 관련 CRA 비용		●		
	9.3 UCCB 세금 양식을 우편으로 발송하는 비용		●		
	9.4 CCTB와 UCCB 지급에 대한 CRA 비용		●		
	9.5 CRA 지급액과 운영 및 관리 비용 대비 UCCB 지급액		●		
	9.6 수령인에 초과지급 한 사례 수		●		
	9.7 집계되지 않은 UCCB 초과 지급액 (부채)		●		
	9.8 수당 지급 모델에 대한 견해				●
	9.9 UCCB와 다른 CRA 조화를 통해 비용 효율성을 개선할 수 있는 범위				●
	9.10 UCCB의 비용 효율성을 개선할 수 있는 수정 사항에 대한 견해 및 검토	●			●
Q7. 자격을 갖춘 가구는 어느 정도까지 UCCB 수혜를 받는가?	10.1 지역별 및 추세별 UCCB를 전체적으로 수령하는 가족의 추정 비율(점유율)		●		
	10.2 자격을 갖춘 비수혜자에 대한 견해 및 의견				●
Q8. 프로그램 설계 부문에서 비용 효율성을 개선할 수 있는 수정 사항이 있는가?	13.1 비용 효율성을 개선할 수 있는 프로그램 설계 관련 수정에 대한 견해	●		●	●

UCCB: Universal Child Care Benefit=캐나다 보편적 아동수당, UCCP: Universal Child Care Plan=보편적 아동 계획, HRSDC: Human Resource and Skills Development Canada=캐나다 인적 자원 및 기술 개발부, EI: Employment Insurance = 고용보험, CRA: Canada Revenue Agency=캐나다 국세청, CCTB: Canada Child Tax Benefit=캐나다 아동 세금 혜택, PWGSC: Public Works and Government Services of Canada=캐나다 공공 사업 및 정부 서비스 CPP: Canada Pension plan= 캐나다 연금 제도, OAS: Old Age Security 노후 보장

1. 행정자료는 기업 보고서, 내부프로그램 및 커뮤니케이션 문서, UCCB 관련 정부 문서, UCCB 관련 외부 기관이 아동 돌봄에 대하여 작성한 보고서 등을 포함함.

2. 데이터 분석은 다음과 같이 3가지로 분류됨.

(1) 신청자 및 수혜자 분석: 1) UCCB 수령자 비율(2006년 7월 프로그램 시작 이후 6세 미만 자녀가 있는 가구들 중 UCCB 수령자 수 비교) 2) 우편 수표 대비 은행 예금을 통해 지급된 UCCB 편익 비교

(2) 경제성 분석: 1) CRA가 제공한 재무 데이터를 분석하여 UCCB 비용 절감 2) UCCB 부채/과잉금 관련 자료 분석

(3) 커뮤니케이션 및 홍보 분석: UCCP에 대한 문의 접수 횟수, UCCB에 대한 Service Canada 활동 포함

3. 수혜자 설문조사는 전화로 이루어졌으며 UCCB 관련 홍보 활동 효과, UCCB 신청 및 지급 프로세스의 적절성 및 효율성에 관한 수혜자 견해를 조사함.

4. 실무자 인터뷰는 대면으로 이루어졌으며 UCCB 제공과 관리에 관련된 경영진 및 직원, 프로그램 초기 구현에 참여한 경영진 및 직원을 포함함(HRSDC, Service Canada, CRA).

출처: Human Resources and Skills Development Canada. (May 2011a). Formative Evaluation of the Universal Child Care Benefit Final Report.

□ 캐나다 자영업자 고용보험 특별수당(Employment Insurance Special Benefits for Self-employed Workers, ESDC) 평가 질문

- 평가는 2010년에 시작되어 캐나다 재무부 사무국의 핵심 평가 사항 5가지를 다루는 6가지 평가방법(문헌고찰, 국제비교, 제도 대상자 설문조사, 포커스그룹인터뷰, 핵심 실무자 인터뷰, 행정자료 분석 등)을 통합하여 평가 도구를 구성함.

〈표 2-5-16〉 캐나다 재무부 사무국의 핵심 평가 사항

구분	내용
<b>관련성(Relevance)</b>	
1. 프로그램 지속성	측정 가능한 요구에 대한 해결 정도 및 국민의 만족도 평가
2. 정부 우선순위와 조율	프로그램 목표와 연방 정부의 우선순위, 부서의 전략적 결과 간 연계의 적절성 평가
3. 연방 역할과 책임	프로그램 제공에 대한 연방 정부의 역할과 책임 이행 정도 평가
<b>수행결과: 효과(effectiveness), 효율성 및 경제성(efficiency &amp; economy)</b>	
4. 예상 결과 달성 정도	논리모형을 활용한 달성 목표와 실제 결과 간 연계 정도를 포함한 결과에 대한 진행 상황 평가(단기, 중기, 장기 결과 포함)
5. 비용-효과성	투입 자원에 대비 (예상) 결과에 대한 비용-효과성 평가

출처: 캐나다 정부 홈페이지([www.canada.ca](http://www.canada.ca)), Annex A. Core Issues to be addressed in Evaluations (<https://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-eng.aspx?id=15681#appA>). (2021.06.30. 인출)

- 해당 프로그램 평가 질문은 총 35개로 구성되어 있으며, 프로그램의 필요성, 정부 우선순위와 연계성, 연방 정부의 역할과 책임 여부, 기대결과 달성정도, 수행 결과에 대한 효과 및 효율성, 경제성, 그리고 프로그램 전달체계의 적절성 등 6개의 부문으로 구분됨.

〈표 2-5-17〉 캐나다 자영업자 고용보험 특별수당(Employment Insurance Special Benefits for Self-employed Workers, ESDC) 평가 질문

평가질문	문헌고찰	국제비교	데이터분석	자영업자설문조사	포커스그룹	정보제공자인터뷰
<b>프로그램의 필요성</b>						
1. 자영업 노동자가 주요 생활 사건에 대처하기 위해 고용 보험을 필요로 하고 있습니까?	●	●		●	●	●
2. 자영업자는 출산, 부모의 의무, 질병 또는 전신어린 보살핌을 제공해야 할 필요성과 관련된 생활 사건들에 대처하기 위해 어느 정도 시간을 내야합니까?	●			●	●	
3. 자영업자가 주요 생활 사건들로 인한 업무와 수입의 중단을 피하기 위해 어떤 유형의 대안 조치를 취합니까? 사업이나 수입에 미치는 영향 측면에서 이러한 대체 조치가 얼마나 만족스럽습니까?	●			●	●	
4. 이러한 일생 동안 발생하는 자영업자를 지원하는 다른 프로그램은 무엇입니까?	●	●				

평가질문	문헌고찰	국제비교	데이터분석	자영업자설문조사	포커스그룹	정보제공자인터뷰
<b>정부 우선순위</b>						
5. 정부의 우선순위에 따라 자영업자 고용보험 특별 혜택(SBSE)은 어느 정도까지입니까?			●			
6. 부서별 전략적 성과에 따라 자영업자 고용보험 특별 혜택(SBSE)은 어느 정도입니까?			●			
<b>연방 정부의 역할과 책임</b>						
7. 자영업자가 직면한 위험을 완화하기 위해 고용 보험법 (EI Act)을 수정하는 것이 연방 정부의 역할과 책임입니까?			●			
<b>기대 결과 달성 정도</b>						
8. 계약서에 서명하지 않은 자영업자에 비해 고용보험 특별혜택에 따라 청구한 자영업자 또는 계약서 가있는 자영업자의 입장은 무엇입니까?			●			
9. 프로그램에 등록되어 있는 사람은 누구입니까 (연령, 성별, 거주지, 소득 수준 등)?			●			
10. 계약 체결 결정에 영향을 미치는 사회 인구학적 요인 (타이밍, 재정적, 개인적 함의, 하도급 문제, 연령, 성별, 건강 상태 등)은 무엇입니까?			●	●	●	
11. 어느 정도의 자영업자들이 특별 혜택에 대한 계약을 체결합니까?			●			
12. 주요 생활사건 (부모가 되는 것, 질병, 전신어린 보살핌의 필요성) 이 계약 체결 결정에 어느 정도 영향을 미칩니까?	●			●		
13. 고용보험 특별혜택의 자격 미달자 비율은 얼마입니까? 예, 자영업자 최소 소득보다 적은 소득.			●			
14. 해지되는 계약의 비율은 얼마이며 언제 해지됩니까?			●			
15. 캐나다 고용 보험위원회와의 계약을 고려할 때, 프리미엄 고용 보험료 수준과 같이 자영업자에게 잠재적 인 해를 끼칠 수 있는 요소가 무엇이 있습니까? (급여가 지급되면 자영업으로 인한 모든 미래 소득에 대해 보험료를 지불해야한다는 요건; 정상적인 비즈니스 활동에 소요되는 시간 40 % 단축; 1 년 자격 조건; 소득 면제; 잠재적 인 캐나다 국세청 환수 정책 등)	●			●	●	●
16. 전체 및 혜택 유형별 청구 비율은 얼마입니까? 어떤 비율의 클레임이 거부됩니까? 급여를 설정을 위해 소득을 추정해야하는 청구자의 비율은 얼마입니까?			●	●		
17. 평균적으로 첫 번째 청구까지 걸리는 시간 소요는 얼마나 됩니까?			●			
18. 참가자가 부모가 되거나 수술을 받기 직전에 자격을 보장하기 위해 등록 시간을 정했다는 증거가 있습니까?		●	●			
19. 혜택은 어떻게 종합됩니까?			●			
20. 청구 기간은 고용 보험 파트 I에 따라 지급되는 특별 혜택 청구 기간과 어떻게 다릅니까?			●			
21. 청구인이 더 이상 자영업 활동에 소요되는 시간을 40 % 이상 단축하지 않은 후에도 계속해서 혜택을 받는다는 증거가 있습니까?			●			
22. 퀵백 육아보험 (QPIP)과 자영업 노동자를 위한 고용 보험 특별 혜택 (SBSE)간에 출산 또는 육아 혜택 사용에 차이가 있습니까?			●			
23. 노동자를 위한 고용 보험 특별 혜택 (SBSE)가 이 제도를 사용하는 자영업자의 삶에 미치는 영향은 무엇입니까?				●	●	

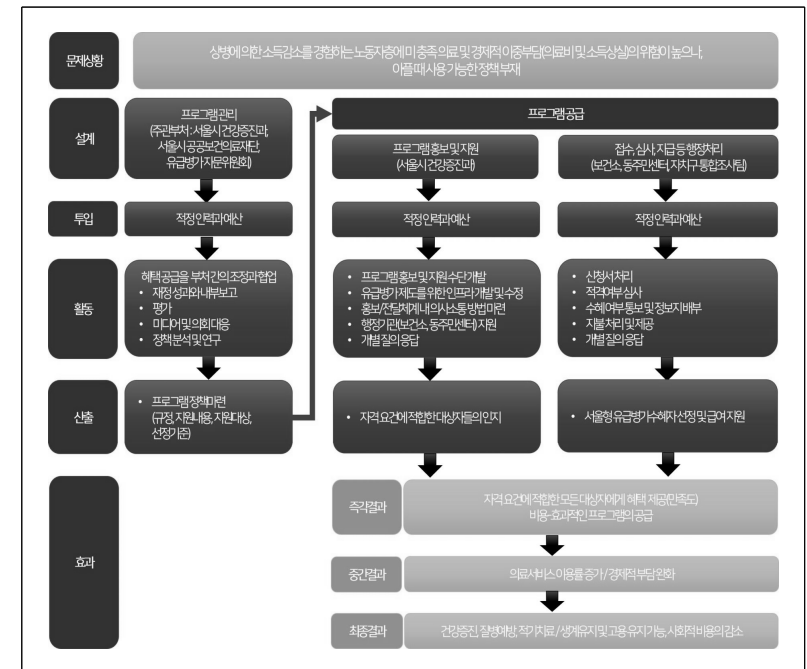
평가질문	문헌 고찰	국제 비교	데이터 분석	자영업자 설문조사	포커스 그룹	정보 제공자 인터뷰
24. 고용 보험 특별 혜택을 받는 것이 자영업자의 사업에 미치는 영향은 무엇입니까?				●		
25. 자영업자를 위한 고용 보험 특별 혜택 (SBSE)가 다른 고용 보험 계획이나 노동시장에 미치는 영향에 대한 증거가 있습니까?		●	●			
26. 노동자를 위한 고용 보험 특별 혜택 (SBSE)이 임금노동자와 자영업자를 병행한 사람의 비율에 영향을 미쳤다는 증거가 있습니까?			●			
27. 특별 혜택을 받은 후 자영업에 다시 들어가는 데 방해가 되는 요소가 있습니까?					●	
<b>수행결과: 효과, 효율성 및 경제성</b>						
28. 자영업자를 위한 고용보험 특별혜택은 주요 생활문제 직면 한 자영업자를 돕기 위한 적절한 수단입니까?	●	●			●	
29. 프로그램 제공 또는 규정 측면에서 대안이 있습니까?	●	●				●
30. 자영업자를 위한 고용 보험 프로그램은 어느 정도 자급자족하며 고용 보험위원회에 대한 추가 비용이 없음을 의미합니까?			●			
31. 목표와 의도 한 결과를 달성 할 수 있는 보다 비용 효율적인 대안이 있습니까? 캐나다 연금 계획 (CPP), 세금 보호 저축 계획 또는 일반 비용 프로그램과 같이 노동력의 사각지대에 고용 보험 특별 혜택을 제공하기 위한 통로로 사용될 수 있는 연방 책임 하에 있는 다른 대안이 있습니까?		●				
32. 의무적 참여가 더 낮은 비용으로 목표를 얼마나 더 잘 달성 할 수 있습니까?	●	●				
<b>프로그램 전달체계의 적절성</b>						
33. 자영업자의 고용 보험 특별 혜택 (계약 혜택, 세금 파인 링크, 자격 기준, 소득 자체 추정 등에 대한 인식 및 이해 수준은 어느 정도입니까?				●	●	●
34. 설명이 필요한 일반적인 질문이나 주제 영역에는 어떤 것이 있습니까?				●	●	●
35. 어떤 프로그램 제공 요소가 참여에 영향을 줄까 (설명, 복잡성, 고용 보험 혜택과 캐나다 국세청 (CRA) 정보의 연결)?				●	●	●

SBSE: Employment Insurance Special Benefits for Self-employed Worker = 자영업자 고용보험 특별 혜택, EI : Employment Insurance = 고용보험, QPIP: Quebec Parental Insurance Plan = 퀘벡 육아보험, CRA: Canada Revenue Agency = 캐나다 국세청  
출처: Employment and Social Development Canada. (April 2016). Evaluation of the Employment Insurance Special Benefits for Self-employed Workers Final Report.

## 다. 수정된 논리모형

- 제도의 도입 배경인 문제 상황을 명시하여 제도 운영 및 성과를 통한 문제해결 정도를 확인할 수 있도록 함.
- 프로그램 관리와 공급, 두 가지 운영 체계를 구성하여 프로그램 관리 주체의 산출 결과를 통해 프로그램 공급 과정이 다르게 설계되어야 함을 명시함.
- 프로그램 관리와 공급으로 구분된 운영 체계는 서로 다른 입력과 예산을 투입하고 역할에 맞는 활동을 통해 서로 다른 산출지표가 나타남을 명시함.
- 건강증진 및 소득 보장 효과뿐만 아니라 프로그램 운영에 있어 중요한 비용-효과성 측면을 단기 효과로 구성함.

[그림 2-5-11] 서울형 유급병가지원 제도 수정된 논리모형





## 2. 주제범위 문헌고찰(Scoping Review) 결과

### 가. 선정된 문헌의 일반적 특성

#### □ 설계별 구분

- 선정된 123개 논문의 연구 디자인을 분석한 결과, 단면연구 78편(63.4%), 종단연구 29편(23.6%), 종설연구 11편(8.9%), 질적 연구 5편(4.1%)로 확인됨.

#### □ 국가별 구분

- 선정된 논문들은 단일국가 14개국 111편(90.2%), OECD, UN 등 국제기구 회원국을 연구하거나 2개 이상의 국가의 자료를 이용하여 연구를 진행한 복수 국가 관련 12편(9.8%)으로 구성됨.
- 미국에서 가장 많은 연구가 이루어졌고(74편, 60.2%), 스웨덴(14편, 11.4%)이 그 다음으로 많은 비중을 차지함. 이외에 핀란드, 브라질을 제외한 다른 나라들에서는 상대적으로 적은 1,2편의 논문이 발표됨.

〈표 2-5-18〉 국가별 문헌 분류

국가	논문 개수	비율	누적 비율
U.S.A.	74	60.2%	60.2%
Sweden	14	11.4%	71.6%
Others	12	9.8%	81.4%
Finland	5	4.1%	85.5%
Brazil	4	3.3%	88.8%
Denmark	2	1.6%	90.4%
Estonia	2	1.6%	92.0%
Italy	2	1.6%	93.6%
Spain	2	1.6%	95.2%
British	1	0.8%	96.0%
Canada	1	0.8%	96.8%
Japan	1	0.8%	97.6%
New Zealand	1	0.8%	98.4%
Norway	1	0.8%	99.2%
Republic of Ireland	1	0.8%	100.0%
Total	123	100.0%	100.0%

\* Others에는 국제기구 회원국 또는 2개 국가 이상의 자료를 이용하여 연구한 논문이 포함됨

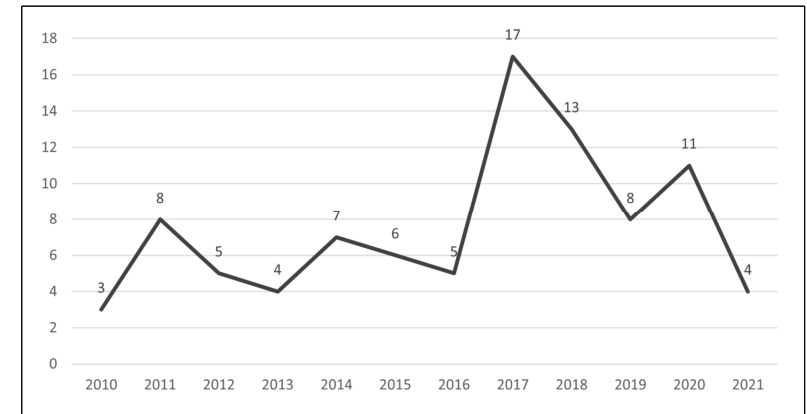
#### □ 연도별 구분

- 1952년부터 2021년까지 약 70여 년 동안 발행된 상병수당 및 유급병가 관련 논문을 살펴봄. 상병수당 및 유급병가 제도와 관련된 논문은 꾸준히 증가하는 추세였음.
- 2010년대에 발행된 논문의 수(76편)는 1950~2000년대에 발행됐던 논문들의 누계(32편)보다 두 배 이상 많음.
- 2010년 이후의 연구 동향을 자세히 살펴보기 위해 1년 단위로 논문을 분류하여 본 결과, 2017에 발표된 논문이 총 17개(약 18.5%)로 가장 많았음.

〈표 2-5-19〉 연도별 문헌 분류

출판연도	개수	비율	누적비율
1950s	2	1.6%	1.6%
1960s	2	1.6%	3.2%
1970s	1	0.8%	4.0%
1980s	1	0.8%	4.8%
1990s	9	7.3%	12.1%
2000s	17	13.8%	25.9%
2010s	76	61.9%	87.8%
2020~	15	12.2%	100.0%
Total	124	100.0%	100.0%

〔그림 2-5-12〕 2010년 이후 연도별 문헌 분류



## □ 범주별 구분

- 한 개의 논문에서 여러 개의 범주에 해당하는 결과가 나오는 경우, 각 범주에 해당하는 결과를 모두 서술함. 범주별 결과 정리 시에도 최종 선정된 논문의 수가 아닌, 결과의 수에 근거하여 문헌의 특성을 설명함.
- 문헌은 수정된 논리모형을 기반으로 하여 범주를 구분함.
  - 중간 결과와 최종 결과에 해당하는 건강증진 및 소득보장의 효과를 5개의 세부구분으로 분류하여 효과평가 범주를 구성하였음.
  - 제도의 효과는 선정 기준, 지원 내용 등 정책적 부분에 따라 달라짐. 이에 따라 제도의 효과에 영향을 주는 특성에 따라 문헌을 분류함.
  - 제도의 원활한 운영을 위해 필요한 홍보 및 인프라 개발 활동을 기준으로 제도 운영 및 특성으로 범주를 구성함.

〈표 2-5-20〉범주별 결과 개수 분류

구분	세부구분	개수(%)	총계(%)
효과 평가	상병 시 생계 유지	15 (10.9%)	69 (46.6%)
	고용주 및 국가의 재정안정	6 (4.4%)	
	상병 시 및 상병 이후 고용 유지	8 (5.8%)	
	보건의료서비스 이용	16 (11.7%)	
	건강 수준 개선	24 (17.5%)	
제도의 효과에 영향을 미치는 특성	수혜자 특성	44 (32.1%)	61 (41.2%)
	제도적 특성 및 변화	17 (12.4%)	
제도 운영 및 특성	제도인식	3 (2.2%)	18 (12.2%)
	제도 방해요인	5 (3.6%)	
	제도 비교	10 (7.3%)	
합 계			148 (100.0%)

한 편의 논문에서 여러 개의 범주에 해당하는 결과가 있는 경우, 각 범주에 해당하는 결과를 모두 서술함. 해당 표는 논문의 수가 아닌 범주에 해당하는 결과를 기준으로 작성됨

## 나. 연구 질문에 대한 답

□ 노동자와 그 가족에 대한 상병수당과 유급병가의 효과를 평가하기 위한 지표

- 상병 시 생계유지
  - 재정적 걱정 (질병 및 사고, 생활 수준 유지, 일반 의료비, 임대료 및 주거비용, 자녀의 학비 마련 등)
  - 의료비 부담 (치과 진료, 전문의 진료, 안경 구매, 처방약 구매, 사후관리 등)

## ○ 고용주 및 국가의 재정 안정

- 유급병가 제공을 통한 고용주의 결근 비용
- 상병수당 제도 시행을 통한 총 의료비 및 임금 대체액
- 병가 유형에 따른 장애인연금 수혜 여부, 사회 보장 비용 및 행정 비용

## ○ 상병 시 및 상병 이후 고용안정

- 직무 복귀 (직장 복귀, 근무 시간의 변화, 복귀 소요 시간)

## ○ 적기의 보건의료서비스 이용

- 수혜자의 보건의료서비스 이용(예방 접종, 검진서비스, 외래 및 응급의료 서비스, 미충족 의료(진료 지연))
- 수혜자 가족의 보건의료서비스 이용(아동 예방 접종, 아동 건강검진 서비스, 외래 및 응급의료 서비스, 미충족 의료(진료 지연))
- 유급병가 제도 도입 후 직장 복리후생의 변화 (임금 및 상여금, 휴가 기간)
- 일과 가정의 양립 (일의 가정 방해로 인한 부담, 가정의 일 방해로 인한 부담)

〈표 2-5-21〉상병 시 생계유지, 고용유지 및 재정 안정 효과평가 지표

구분	세부구분	제도 도입/유형	지표	세부 지표	효과성			총계(%)	
					증가	감소	효과 없음		
효과 평가	상병 시 생계 유지	도입	재정적 걱정	질병 및 사고로 인한 의료비 지출		1 (100%)		1	7 (46.7%)
				생활 수준 유지		1 (100%)		1	
				일반 의료비용		1 (100%)		1	
				은퇴		1 (100%)		1	
				미래의 질병 및 사고 발생		1 (100%)		1	
				임대료 및 주거비용		1 (100%)		1	
				자녀의 학비 마련			1 (100%)	1	
			의료비 부담	치과 진료비용		1 (100%)		1	8 (53.3%)
				처방약 구매 비용		1 (100%)		1	
				대체요법 사용		1 (100%)		1	
				안경 구매 비용		1 (100%)		1	
				처방전 발급 연기			1 (100%)	1	
				전문 의 진료			1 (100%)	1	
				사후관리			1 (100%)	1	
				약물복용 방법 미준수			1 (100%)	1	
			합계			10 (66.7%)	5 (33.3%)	15 (46.9%)	
	상병 시 및 상병 이후 고용 유지	도입	직무 복귀	직장 복귀	3 (100%)			3	5 (50%)
				근무 시간 변화	2 (100%)			2	
			복리 후생 변화	임금 및 상여금 변화			1 (100%)	1	2 (20%)
				휴가 기간 변화		1 (100%)		1	

구분	세부 구분	제도 도입/ 유형	지표	세부 지표	효과성			총계(%)	
					증가	감소	효과 없음		
	유형	일과 가정의 양립	일의 가정 방해로 인한 부담		1 (100%)		1	2 (20%)	
				가정의 일 방해로 인한 부담		1 (100%)			1
			직무 복귀	복귀 소요 시간		1 (100%)		1	1 (10%)
	합계				5 (50%)	4 (40%)	1 (10%)	10 (31.2%)	
	고용주 및 국가의 재정안 정	도입	고용주 국가	결근 비용		2 (100%)		2	2 (28.6%)
				총 의료비		2 (100%)		2	2 (28.6%)
		유형	국가	모니터링(행정) 비용 (의료 인증 기간 연장시)		1 (100%)		1	3 (42.8%)
				장애 연금 지출 (부분병가 사용시)		2 (100%)		1	
				합계					7 (100%)
	총계				5 (15.6%)	21 (65.6%)	6 (18.8%)	32 (100.0%)	

논문의 종속변수를 기준으로 지표를 구분하여 서술함. 해당 표는 논문의 수가 아닌 지표에 해당하는 결과 개수를 기준으로 작성됨. 세부 지표의 효과성을 증가, 감소로 나누었으며 통계적 유의성이 없는 경우 효과 없음으로 구분함

#### ○ 건강 수준의 개선

- 감염병 관련 건강 개선(감염률, 전염률, 사망률)
- 신체적 건강 관련 개선(증상 보고율, 치료 가능성, 자가 보고 건강, 사망률)
- 정신적 건강 관련 개선(정신 건강, 수면장애)
- 노동자의 적기치료를 위한 시간적 여유(출근 주의, 결근 주의)
- 자녀 돌봄을 위한 시간적 여유(자녀의 건강문제로 결근한 횟수)

#### □ 노동자와 그 가족에 대한 상병수당과 유급 병가의 효과를 평가하기 위한 분석방법

- 기존 문헌들의 연구방법을 분석수준과 연구 디자인으로 구분하여 분석함. 개인(micro) 수준의 연구가 103편(88.1%)으로 가장 많았으며, 집단(meso) 수준에서 12편 (10.3%), 국가(macro) 수준에서 2편(1.7%)으로 구성되어 있음. 상병수당 및 유급병가의 효과 측정에 있어 개인 수준의 단면 연구가 가장 많이 이루어지고 있음.

〈표 2-5-22〉 분석수준과 연구 디자인에 따른 문헌 분류

분석수준	연구디자인(n,%)		총계
개인(micro)	단면	71 (60.7%)	103 (88.1%)
	종단	32 (27.4%)	
집단(meso)	단면	9 (7.7%)	12 (10.3%)
	종단	3 (2.6%)	
국가(macro)	단면	2 (1.7%)	2 (1.7%)
	종단	0	
총계		117 (100.0%)	

#### □ 상병수당 제도의 목표달성

##### ○ 상병 시 생계유지

- 상병 시 생계유지란 업무 외 질병 및 부상으로 인한 노동자의 소득상실을 보장함으로써 생계 불안정을 개선하는 것을 의미함.
- 유급병가를 사용할 수 있는 노동자는 질병 및 사고로 인한 의료비 지출, 일반 의료비용 지출, 미래의 질병 및 사고 발생에 대한 재정적 걱정을 할 가능성이 적음. 또한, 생활 수
- 준 유지에 대한 걱정과 재정적인 이유로 은퇴를 미룰 걱정, 임대료 및 주거비용을 감당하기 어려워 재정적 걱정을 할 가능성이 적음. 다만 유급병가 사용 여부에 따른 자녀의 학비 마련에 대한 재정적 걱정을 할 가능성은 통계적으로 유의하지 않았음.
- 유급병가를 사용할 수 있는 노동자는 유급병가를 사용할 수 없는 노동자에 비해 의료비 지출로 부담을 가질 가능성이 작음. 의료이용과 관련하여 치과 진료, 안경 구매, 처방전이 필요한 의약품 구매에 대한 지출 부담을 가질 가능성이 적었으며 통계적으로 유의하였음. 다만 전문의 진료에 대한 부담과 사후관리, 정신 건강관리 및 상담 비용에 대한 부담, 비용 절약을 위한 약물복용 방법 미준수 등은 통계적으로 유의하지 않았음.

〈표 2-5-23〉 보건의료서비스 이용과 건강수준 개선 효과평가 지표

구분	세부 구분	지표	효과성			총계(%)
			증가/ 긍정적	감소/ 부정적	효과 없음	
효과 평가	보건의료 서비스 이용	수혜자	예방 접종	6 (66.7%)	3 (33.3%)	9 (12.5%)
			혈당 검사	3 (60.0%)	2 (40.0%)	5 (6.9%)
			혈압 검사	3 (60.0%)	2 (40.0%)	5 (6.9%)
			콜레스테롤 검사	4 (80.0%)	1 (20.0%)	5 (6.9%)
			유방 검사	4 (66.7%)	2 (33.3%)	6 (8.3%)
			자궁경부암 검사	4 (66.7%)	2 (33.3%)	6 (8.3%)
			대장암 검사(분장혈 검사)		2 (100%)	2 (2.8%)
			내시경 검사	1 (100%)		1 (1.4%)
			의사진찰 (외래 이용)	4 (100%)		4 (5.6%)
			응급의료	1 (25.0%)	3 (75.0%)	4 (5.6%)
			미충족 의료서비스(진료지연)	3 (100%)		3 (4.2%)
		수혜자 가족	자녀의 예방 접종	4 (100%)		4 (5.6%)
			자녀의 예방적 치아관리	1 (100%)		1 (1.4%)
			자녀의 비만검진		1 (100%)	1 (1.4%)
			자녀의 시력검진		1 (100%)	1 (1.4%)
			자녀의 일반 건강검진	1 (100%)		1 (1.4%)
			자녀의 정신 건강 서비스 이용	1 (100%)		1 (1.4%)
			자녀의 의사진찰 (외래 이용)	6 (85.8%)	1 (14.2%)	7 (9.7%)
			자녀의 응급의료		1 (50.0%)	2 (2.8%)
			자녀의 전문치료사(물리치료사,	1 (100%)		1 (1.4%)

구분	세부 구분	지표		효과성			총계(%)
				증가/ 긍정적	감소/ 부정적	효과 없음	
			음성치료사 등) 방문				
			가족의 미충족 의료서비스 (진료지연)		3 (100%)		3 (4.2%)
		합계			47 (65.3%)	7 (9.7%)	18 (25.0%)
	건강 수준 개선		감염병 발생률	7 (70.0%)	1 (10.0%)	2 (20.0%)	10(22.2%)
			감염병 전염율	2 (100%)			2 (4.4%)
			사망률	3 (75.0%)		1 (25.0%)	4 (8.9%)
			상병 증상 보고율	1 (100%)			1 (2.2%)
			상병 치료 가능성	2 (100%)			2 (4.4%)
			자가 보고 건강	3 (100%)			3 (6.7%)
			정신건강	4 (100%)			4 (8.9%)
			수면장애	2 (40.0%)	1 (20.0%)	2 (40.0%)	5 (11.1%)
			출근주의	2 (100%)			2 (4.4%)
			결근주의	6 (85.8%)	1 (14.2%)		7 (15.6%)
		자녀 돌봄을 위한 결근 (자녀의 건강개선)	4 (80.0%)		1 (20.0%)	5 (11.1%)	
	합계			36 (80.0%)	3 (6.7%)	6 (13.3%)	45 (38.5%)
	총계			83 (70.9%)	10 (8.5%)	24 (20.5%)	117 (100.0%)

논문의 종속변수를 기준으로 지표를 구분하여 서술함. 해당 표는 논문의 수가 아닌 지표에 해당하는 결과 개수를 기준으로 작성됨  
보건의료서비스 이용은 증가/감소로 구분했으며, 건강수준 개선은 긍정적/부정적으로 구분함

1. 의사진찰(외래이용)은 진료과에 상관없이 의사를 방문하거나 진찰을 받았다는 내용이 있으면 해당 범주에 포함함
2. 감염병 발생률/전염률/사망률/상병 증상 보고율/출근주의는 감소하는 것을 긍정적인 변화로 보았음
3. 상병 치료 가능성/결근주의/자녀 돌봄을 위한 결근은 증가하는 것을 긍정적인 변화로 보았음

#### ○ 고용주 및 국가의 재정 안정

- 재정 안정이란 상병수당 및 유급병가 제도의 시행으로 아픈 노동자로 인해 발생하는 고용주의 직·간접비용 부담 등 금전적 손실 절감효과와 국가의 보건의료 재정 지출 및 공공 사회 지출에 미치는 영향 또는 변화를 의미함.
- 유급병가지원 확대 시 연간 6억 3,800만~18억 8,000만 달러의 결근 비용을 절감할 수 있으며, 매년 인플루엔자로 인해 손실되는 근로일수를 줄여 연간 약 1,030만 달러의 결근 비용을 절감할 수 있음.
- 또한, 보편적 유급병가 제공은 약 1,820만 명의 인플루엔자 관련 의료기관 방문을 줄여 연간 약 410만 달러의 의료비를 절감할 수 있음.
- 상병수당 신청과 관련하여 의료적 인증이 필요한 최소 기간을 7일에서 15일로 조정한 결과 모니터링(행정) 비용을 약 377만 달러 절감할 수 있으며, 노동자의 의료 방문을 줄여 총 의료비를 약 74만 달러 절감할 수 있음.

- 유급병가제도가 노동자의 가정에 미치는 영향에 대한 질적 연구 결과 가정 내 돌봄으로 인한 스트레스를 감소시키고 경제적 지원을 통해 의료이용에 대한 부담을 덜어줄 수 있음.

#### ○ 상병 시 및 상병 이후 고용안정

- 고용안정이란 상병수당 및 유급병가 제공으로 노동자의 근로 형태, 일과 가정의 균형 등에 미치는 영향을 의미함.
- 직무 복귀는 질병 및 부상으로 노동자가 상병수당 및 유급병가제도를 이용한 후 직장에 복귀하는 것을 의미하며 제도의 이용 여부가 노동자의 고용형태 변화, 복귀 소요시간 등에 미치는 영향을 포함함.
- 일과 가정의 양립은 상병수당 및 유급병가 제도를 통해 직장가 가정 사이의 역할 간 갈등으로 인하여 발생하는 노동자의 심리적 갈등, 직장 내 고충 등을 해소하는 효과를 의미함.
- 유급병가제도를 이용한 노동자는 상병 이후 직장에 복귀하여 기존의 업무를 수행할 가능성이 큼.
- 한편 유급병가 제도를 시행한 후 직장 내 복귀후생의 변화를 검토한 결과 임금 및 상여금의 감소, 휴가 기간이 단축될 가능성이 큰 것으로 나타남. 다만 임금 및 상여금 등 경제적 보상은 통계적으로 유의하지 않았음.
- 유급병가의 유형에 따른 일과 가정의 균형을 분석한 연구결과, 장기 유급병가 또는 휴가는 일의 가정 방해로 인한 부담과 가정의 일 방해로 인한 부담을 감소시키는 것으로 나타남.
- 이외 연구에서 한 달 이상의 장기 유급병가를 이용한 노동자를 대상으로 수혜 이후 3년 6개월 간 ICD-10 기준 질환별 누적 직무 복귀 비율을 분석한 결과 순환계통 질환(95.3%), 손상 및 중독에 의한 특정 기타 결과(92.2%), 근골격 계통 및 결합조직의 질환(85.5%), 정신 및 행동 장애(82.1%), 신생물(80.5%) 순으로 많았음.

#### ○ 적기의 보건의료서비스 이용

- 적기의 보건 서비스 이용이란 수혜자 및 수혜자 가족이 금전적 또는 시간적 이유로 치료를 지연하지 않고 적기에 이용하는 것을 의미함. 관련 문헌 72편 중 47편(65.3%)에서 상병수당 및 유급병가 제도를 이용한 노동자들의 의료서비스 이용이 향상되는 것으로 나타남. 서비스 이용의 감소세를 보인 문헌(7편, 9.7%)은 응급의료와 미충족 의료서비스 이용이 감소하였다는 문헌으로 제도의 이용은 수혜자 및 수혜자 가족의 의료서비스 접근성을 향상하는 데 도움이 됨.
- 유급병가를 사용할 수 있는 경우 예방접종의 가능성이 증가함. 다만, 사용할 수 있는 병가의 일수에 따라 접종 가능성을 보았을 때, 10일 미만의 경우에는 통계적 유의성이 없었음. 또한 부모가 유급병가를 사용할 수 있을 때 자녀의 예방접종 가능성도 증가함.

- 유급병가 일수에 따라 건강검진 이용 가능성을 분석한 결과, 병가 일수가 10일 이상인 경우 0~2일인 경우에 비해 모든 건강검진(콜레스테롤, 혈압, 혈당, 유방 조영술, pap-smear)을 받을 가능성이 컸음. 단, 10일 미만의 경우 콜레스테롤과 유방 조영술 검사를 제외한 검사에 대해서 통계적 유의성이 없음.
- 유급병가 사용 유무에 따라 건강검진 가능성을 살펴보았을 때, 대장암 검사를 제외한 검진서비스 이용은 유급병가를 사용할 수 있을 때 이용 가능성이 높음. 또한, 부모가 유급병가 및 상병수당을 사용할 수 있으면 자녀의 건강검진 이용 가능성은 증가함.
- 유급병가를 사용할 수 있을 때 수혜자 및 수혜자 가족의 외래서비스 이용은 증가하고 응급의료 서비스 이용은 감소하는 경향을 보임. 단, 자녀의 응급의료 서비스의 경우 1편에서 유의성이 없다고 나옴.
- 유급병가 및 상병수당 제도의 이용은 수혜자 및 수혜자 가족의 미충족 의료 해결에 도움을 줌.

#### ○ 건강수준의 개선

- 건강수준의 개선은 적기의 보건의료서비스 이용을 통하여 제도 수혜자의 건강이 장기적인 관점에서 개선될 수 있는 것을 의미함. 관련 문헌 45편 중 36편(80.0%)에서 상병수당 및 유급병가 제도가 노동자의 건강수준 개선에 긍정적 영향을 미치는 것으로 보임. 부정적 영향을 보이는 문헌은 3편(6.7%)에 불과하여 상병수당 및 유급병가 제도는 전반적으로 노동자의 건강 수준 개선 효과를 보임.
- 미국의 경우, 유급병가를 의무화 하였을 때 인플루엔자 유사 질병(ILI, Influenza-Like Illness), 식품 매개 질병 및 위장 질환 감염병 등이 감소함.
- 유급병가를 사용할 수 있는 노동자는 모든 원인별 사망률, 표준 사망률이 감소함.
- 유급병가를 사용할 수 있는 노동자 중 ILI를 앓거나 방사선 치료가 필요한 환자들은 치료를 받을 가능성이 높아지며 무릎질환을 가지고 있는 노동자는 sKOA(symptomatic knee sympoms)에 대한 증상을 적게 보고함.
- 유급병가 및 상병수당을 제공하면 노동자가 자기보고 건강을 나쁘다고 말할 가능성이 감소하고, 정신건강 점수가 높아짐.
- 유급병가 및 상병수당을 제공하면 노동자가 아플 때 쉬지 않고 출근을 하는 ‘출근주의’의 감소와 아플 때 출근하지 않고 휴식을 취하는 ‘결근주의’의 증가로 이어짐.
- 저소득층 가구의 부모가 유급병가를 사용할 수 있는 경우, 직접 자녀를 돌보는 경우가 높아져 자녀의 의료서비스 이용이 증가하였음. 특히 자녀가 ILI를 앓고 있을 때의 부모의 유급병가 사용은 부모의 직장 내 감염 위험을 감소시킬 수 있음.

(표 2-5-24) 자산처분 여부에 따른 질병 유형

질병유형	전체		자산처분 있음		자산처분 없음	
	N	%	N	%	N	%
감염성 및 기생충성 질환	22	1.93	1	0.73	21	2.09
귀 및 유도의 질환	16	1.40	1	0.73	15	1.50
근골격계 질환	388	34.04	36	26.28	352	35.09
내분비, 영양, 대사질환	21	1.84	4	2.92	17	1.69
눈 및 눈 부속기 질환	23	2.02	2	1.46	21	2.09
비노생식계통질환	76	6.67	8	5.84	68	6.78
소화 계통 질환	135	11.84	13	9.49	122	12.16
손상, 중독, 외인에 의한 질환	89	7.81	9	6.57	80	7.98
순환계통 질환	64	5.61	14	10.22	50	4.99
신경계통 질환	72	6.32	8	5.84	64	6.38
신생물	143	12.54	24	17.52	119	11.86
임신, 출산, 산후기 질환	17	1.49	2	1.46	15	1.50
정신 및 행동장애	7	0.61	4	2.92	3	0.30
출생전후기에 기원한 질환	1	0.09	0	0.00	1	0.10
피부관련 질환	12	1.05	2	1.46	10	1.00
혈액/조혈기관/면역장애	9	0.79	1	0.73	8	0.80
호흡계통 질환	45	3.95	8	5.84	37	3.69
총	1,140	100.00	137	100.00	1,003	100.00

#### □ 수혜자 특성에 따라 달라지는 상병수당의 효과

- 수혜자 특성은 인구학적 특성, 사회학적 특성, 건강상태의 세 가지 세부구분으로 나뉘며, 각 특성에 따른 변수들이 상병수당과 유급병가의 효과에 미치는 영향을 확인함. 총 44편의 연구에서 수혜자 특성을 제도 보장률, 제도 이용률, 그리고 수혜 기간에 따라 82여 개의 수혜자 특성 변수로 구분하여 분석함.
- 제도 보장률은 법적으로 유급병가 및 상병수당 제도의 제공을 보장받음을 의미함.
- 제도 이용률은 수혜자가 법적으로 보장받은 유급병가 및 상병수당 제도를 실제로 이용한 것을 의미함.
- 수혜 기간은 유급병가 및 상병수당 수혜자의 총 제도이용 기간을 의미함.
  - 인구학적 특성으로는 인종, 성별, 나이, 지역, 혼인 여부 및 부양가족 여부를 확인함.
  - 인종에 따라서는 히스패닉계 노동자가 백인 또는 비 히스패닉 노동자에 비하여 유급병가 제도를 보장받는 비율이 낮았음.
  - 성별에 따라 미국에서는 남성 노동자가 여성 노동자에 비해 유급병가 보장률이 약 6% 높았음. 스페인의 블루칼라 남성 노동자의 유급병가 사용기간이 여성보다 길게 나타난데 비해, 스웨덴의 활동적인 직장(active job)에 종사하는 여성 노동자들은 남성들보다 3.4배

더 많은 단기병가를 사용하였고, 핀란드의 부분병가의 사용률은 여성이 남성보다 14.8% 더 사용함. 스웨덴을 기준으로 남녀평등 지수로 보장률을 살펴본 결과, 남녀가 평등한 기업이 불평등한 기업보다 제도를 더 보장하고 있음 (OR=1.7, 95% CI 1.6-1.8).

- 스웨덴에서 나이는 유급병가 제도의 보장률과 통계적으로 유의하지 않았음. 반면, 미국 전체 노동자의 제도 보장률이 약 60%인 것에 비해 25세 미만은 21%, 65세 이상이 37%로 나이에 따른 보장률의 차이를 보임. 다만, 영국에서 유급병가 이용률은 유급병가의 첫 도입 이후 25세 미만 남성에서 약 75% 상승하였으나 제도 도입 1년 후 다시 20% 감소하였음<sup>41)</sup>. 또한 아일랜드에서는 나이가 증가할수록 제도 이용률이 1%씩 증가하였고, 스웨덴에서는 50-59세의 노동자들이 25-39세의 노동자보다 병가제도 이용률이 약 2배 높았으며, 고령층에서 장기 유급병가를 (OR1.4, 95% CI 1.2-1.7, 청년층에서 단기 유급병가(OR=2.2 95% CI 2.0-2.5) 더 많이 이용함.
- 아일랜드에서 혼인 상태와 장기 상병수당 이용에는 연관성이 없었음. 미국에서는 출산 이후 자녀의 수가 3명까지는 병가보장률이 증가하였고(55%), 3명 이후부터는 낮아짐(40%). 미국인 산모들은 출산 이후부터 16년 차까지 병가 사용률이 약 5배 이상 증가함.

#### ○ 사회학적 특성이 상병수당 및 유급병가의 효과에 미치는 영향

- 근로 형태에 따라 효과를 살펴본 결과, 미국의 경우 민간 부문의 근로자보다는 공공부문의 근로자에서, 소규모 사업장보다는 대규모 사업장에서, 계약직 노동자보다 정규직 노동자에서 유급병가 보장률이 높게 나타났음. 미국과 더불어 유럽에서도 단기간 근로한 노동자보다 장기간 근로한 노동자에서, 농업, 의료, 생산 노동자보다는 광업, 사무, 행정 노동자에서 유급병가 보장률 및 사용률이 통계적으로 유의하게 높음.
- 대학교 이상의 학력을 가진 고위 학력자 미국인은 학력이 낮은 미국인에 비해 산재로 인한 부상 위험의 가능성이 낮고 (OR=9.61 95% CI 0.923-0.997) 유급병가 이용률이 높았으며 (APR =1.2 95% CI 1.0-1.5), 제도 보장률이 43% 더 높음. 위 세 연구 외에 미국과 스웨덴의 추가연구에서도 교육수준과 병가 보장률에 대한 통계적으로 유의한 결과를 확인함.
- 지난 10년간 미국의 모든 소득수준에서 병가제도의 보장률과 사용률이 증가함. 소득수준이 높은 사람은 소득수준이 낮은 사람에 비해 병가제도의 보장률이 약 2배 높았으며, 소득수준이 낮은 가정의 부모는 병가 보장 일수 및 사용 기간이 일주일 이내로 낮음. 결과적으로, 소득수준이 높을수록 병가제도에 대한 보장률, 이용률, 수혜 기간이 증가함.
- 미국에서는 건강보험에 가입한 직장인이 건강보험에 가입하지 않은 직장인보다 유급병가 제도를 1.5배에서 4배까지 더 보장받음. 부가적으로, 유급병가 제도를 지원받지 않는

미국인이 다른 종류의 국가 복지혜택 (주(州)의 소득보장 혜택, 육아지원, 교통지원, 정부의 교육지원 프로그램 등)을 지원받음 (OR=1.41, 95% CI 1.01-1.96). 고소득 가정일수록 건강보험에 더 많이 가입되어 있는 미국의 특성을 고려하였을 때, 건강보험 가입 여부는 소득수준에 따른 병가 보장률의 증가와 유의한 연관성을 가짐.

#### ○ 건강상태가 상병수당 및 유급병가의 효과에 미치는 영향

- 핀란드에서 우울증은 단일 진단 중에서 상병수당 제도를 가장 많이 이용한 질병 중 하나로 남성들의 완전 병가 중 8%, 부분 병가 중 14% 차지하였고, 여성에서는 각각 11%, 15%를 차지함. 이와 더불어 EU에서는 주관적으로 건강이 나쁘거나 매우 나쁘다고 보고한 직원이 건강이 매우 좋다고 보고한 직원보다 병가 사용률이 약 두 배 높음.
- (근골격계 및 결합조직의 질병) 브라질에서는 DSOTC(diseases of the musculoskeletal system and connective tissue)로 인한 상병수당 수혜가 늘고 있으며 주로 연조직질환, 골관절염, 만성염증성 관절 질환이 많았음. 미국 또한 2009년부터 5년간 연조직 류머티즘, 스폰딜로관절염, 골관절염 수혜율이 6.5% 증가하였음. 스웨덴에서는 류머티즘 관절염과 관련하여 진단 전 2년은 병가의 사용률 변화가 없었지만 진단 6개월 전부터 병가 사용률이 30%에서 53%로 증가하였고, 이후 3년간 50%~60%대 유지하는 경향을 확인함.
- 미국에서 정신장애의 경우 다른 종류 장애에 비하여 유급병가 보장률이 47%로 상대적으로 가장 낮았음.
- 아일랜드의 중복 수혜자의 경우, 약 44% 정도가 첫 상병수당의 이유와 다른 이유로 두 번째 수당을 받음.
- 스트레스에 따른 상병수당 및 유급병가 제도 이용률에 따른 연구는 두 편 있었음. EU 국가 대상으로 스트레스를 받는다고 보고하는 직원들의 병가 이용률이 그렇지 않은 직원에 비해 10% 더 높음. 하지만 브라질에서 직장 내 사회심리학적 스트레스 요인들은 병가 사용률과 통계적으로 유의하지 않은 것으로 확인함. 이는 국가별 직장 내 병가 제도에 대한 이질성으로 해석할 수 있음.

#### □ 제도적 특성과 그 변화에 따라 달라지는 상병수당의 효과

- 효과에 영향을 미치는 제도적 특성 및 변화는 상병수당 및 유급병가 제도의 관용성과 정책적 지원으로 분류함. 제도의 관용성은 제도의 심사기준, 진단서 제출 시 필요조건, 수당 지급 전 대기시간, 소득 대체율, 감시 기간 등 제도적 특성 내 변화가 효과에 미치는 영향을 구분함. 정책적 지원은 부분 병가, 병가 사용 장려 전략으로 구분하여 분석함.

#### ○ 제도의 관용성 변화가 상병수당 및 유급병가의 효과에 미치는 영향

41) Buzzard, R. B., & Shaw, W. J. (1952) "An Analysis Of Absence Under A Scheme Of Paid Sick Leave"

- 심사기준은 상병수당 및 유급병가 제도 신청자에 있어 보장 기간의 확대나 축소 또는 진단서 제출의 필요 여부 등 제도 신청자의 제도 수혜까지의 과정에서 필요한 심사단계 절차들을 포함함. 대기시간은 상병수당 및 유급병가 제도 신청부터 수혜까지 사이의 기간을 의미함. 보상을 또는 소득 대체율은 상병수당 및 유급병가 제도 신청 이후 수혜가 보장하는 소득의 대체율을 의미함. 상병수당의 경우 기존 소득 또는 생활소득에 비례한 보상액의 비율(%)이며, 유급병가의 경우 제도 내 보장하고 있는 최저생계비를 포함함.
- 스웨덴의 연구에서 상병수당 제도 신청 시, 진단서 제출을 필요로 하는 결근일수를 8일에서 15일로 확대하였더니 질병으로 인한 결근일이 0.64일 (4.2%), 0.59일 (3.7%) 증가하였고, 지금까지의 대기기간을 7일에서 14일로 연장하였을 때 평균 진찰횟수는 9.3% 감소하고 평균 병가기간은 0.6일 증가함. 이는 스웨덴의 다른 연구에서도 증명되었으며, 신청 후 지금까지의 대기기간의 연장은 수혜자의 병가 사용률 감소 및 평균 병가 사용 기간 증가에 관련성이 있는 것으로 보임.
- 소득 대체율의 변화에 대한 제도이용 추이를 확인한 5개의 연구는, 스웨덴, 미국, 이탈리아, 에스토니아 지역에서 이루어졌음. 이 중 이탈리아에서 제도의 소득 대체율을 절반으로 감소시켰더니, 병가 사용률이 34% 감소하였고, 독일에서 소득 대체율을 80%로 감소하니, 질병에 상관없이 병가 사용률이  $p<0.001$ 수준에서 -0.177 감소함. 또한, 에스토니아 지역에서도 소득 대체율 감소 이후에 모든 근로자 그룹에서 병가사용률이 감소함. 반면, 스웨덴과 미국의 연구에서는 소득 대체율의 증가가 전체 병가 사용률과 사용 기간의 증가와 연관성 있었음. 소득 대체율, 즉 상병제도의 보상률은 제도이용과 전체 이용 기간과 긍정적인 연관성을 보임. 상병수당제도 선진국 덴마크에서는 1973년 이후, 40년 동안 상병수당 소득대체율의 변화 추이와 근로자의 제도 보장률을 분석한 종설 논문이 있었음.
- EU 21개국의 상병수당 제도의 보장 기간, 소득 대체율, 보장 범위 조정에 따른 질병 결근 지표를 실험설계를 통하여 확인하였음. 제도의 관용성이  $t-1$  시기에 감소하였을 때,  $t$  시기의 질병 결근 지표는 약 15% 감소하였으나,  $t+1$  시기에는 다시금 결근지표가 상승함을 예측함. 이는, 제도변화에 의한 결근율 변화는 단기적 효과임을 강조하고 있으며 장기적인 제도변화를 고려할 때 수혜자가 결근 기간 동안 사회적 조건에 대처할 수 있고 질병으로부터 회복하도록 돕는 경제적 지원과 같은 집단적 자원과 편익 시스템을 강조함.
- 핀란드에서는 산재보험과 상병수당의 소득 대체율 및 최대보상 기간의 조율에 따른 합리적인 제도 보장을 위한 연구가 있었으며 상병수당 제도의 과도한 소득 대체율과 최대 보상기간은 국가의 재정적 부담과 도덕성 문제를 일으킬 수 있음.

#### ○ 사회적 지원이 상병수당 및 유급병가 효과에 미치는 영향

- 결근 페널티 및 모니터링: 모니터링은 상병수당 및 유급병가 제도의 수혜 사유에 대한 수혜 기간 중의 불시 검문 및 확인을 의미함. 결근 페널티는 결근 시 발생하는 불이익을 의미하며, 본 연구에서는 상병수당 및 유급병가 제도의 수혜 외에 부수적인 복지나 보조 요소들에 대한 삭감을 포함함
- 이탈리아에서 공무원들을 대상으로 감시시간 (모니터링)의 변경이라는 정책변화 실험을 시행하였고, 모니터링 주기를 11시간에서 4시간으로 줄였을 때, 즉 제도이용에 있어 감시가 엄격해 졌을 때, 전체 병가 사용률이 8.8% 감소하였음. 이와 유사하게 이탈리아 사기업의 유급병가를 바라보았을 때, 결근에 대한 벌칙 비용을 1% 증가시킬 때마다 결근일수가 1%p 감소하였음. 이는 제도 시행에 있어서 감시체계가 적정 정도를 넘어서거나 결근에 대한 기업의 페널티가 증가하게 되면 노동자들이 아플 때 쉴 수 없음을 시사함.
- 부분병가 (partial sickness benefit)는 병가 사용 이후에 회복 기간 동안 근무시간과 급여시간을 정규의 40%~60% 정도로 감축하여 근무와 휴식을 병행하는 제도로서, 근로자의 노동시간 복귀를 위해 파생된 제도를 의미함. 부분병가 제도 도입 이후, 전체 병가 비중 중에서 중장년층 (6%) 및 정신질환 환자 (13%)에게서 유연한 부분병가 사용을 확인함. 회복시기에 완전한 사회화의 단절 보다는 유연한 제도의 사용이 경제 심리적 안정에 기여할 수 있음.

#### □ 제도의 운영 및 특성

##### ○ 총 9편의 논문에서 제도 비교 연구를 확인함.

- 미국 1,594개의 bargaining agreements에서 보장하고 있는 각 주별 유급병가제도에 대한 지역 정책의 특성을 분석한 결과, 통상적으로 정률제를 보장하는 획일적 계획과 정액제를 보장하는 단계적 계획으로 구분됨. 두 계획 모두 지급일까지의 대기기간이 평균 3일이 넘지 않음. 미국의 대공황 이후, 예산보존을 위한 유급병가 제도의 대체에 관하여 각 정부의 특성에 따른 대체율을 비교하였을 때 시립정부일수록, 노사 단체 협약이 (Collective Bargaining) 많이 있을수록, 공청회 운영이 적을수록, 유급병가제도가 예산보존을 위해 감축되는 경향을 보임.
- 그 외에는 스칸디나비아 국가, 스웨덴, 노르웨이, 덴마크, 핀란드의 부분병가 (부분 상병수당제도) 특성에 대하여 비교한 연구, 완전 상병수당 제도의 소득대체율을 비교한 연구, HDI 상위 22개국, UN129개국, 그 외 UN186개국, 190개국, 193개국 등 범국가적 차원에서 유급병가 및 상병수당 제도의 소득대체율, 보장기간, 기금 조달 방식에 대한 비교 연구가 진행 됨. 일반적으로, 기금조달 방식에 있어서, 고용주의 책임제도, 사회 보험 시스템, 그리고 고용주 책임제도와 사회 보험 시스템 두 제도 모두를 병행하는 방식 순으로 더 많은 유급병가를 제공할 수 있음.

- 제도 사각지대란 제도의 보장을 받지 못하고 있는 수혜 대상자를 의미함.
  - 제도의 사각지대를 본 산모의 유급병가 보장률에 대하여 조사한 미국 연구에서, 1985년부터 1990년 사이 일하는 산모의 28%가 유급병가를 보장받지 못하였고, 이 중에서도 만성 질환을 앓고 있는 자녀를 둔 산모 및 어머니들은 최대 40%까지 유급병가 제도를 보장받지 못하고 있음.
- 제도 인식이란 상병수당 및 유급병가 제도와 관련하여 설문한 제도 인식 정도, 제도 선호도를 의미함.
  - 유급병가 제도 시행에 대한 선호도를 조사한 연구결과는 남성보다 여성의 선호도가 높은 것으로 나타남.
  - 뉴욕 유급병가 제도 관련 질적연구는 총 2편으로 제도에 대한 인식 정도 설문조사와 제도 인식을 제고 방안에 대한 연구가 존재함. 뉴욕 노동자 중 유급병가 제도에 대하여 알고 있는 사람은 약 62%로 적극적 홍보 활동을 통해 잠재적 수혜자의 폭넓은 인식을 구축하고 신뢰할 수 있는 정보 전달 출처를 마련해야 할 필요성이 있음. 이와 관련하여 City Agency(CA)는 시민들을 대상으로 유급병가 제도에 대한 인식을 높이고, Immigrant and Worker Organization(IWOs), Advocacy and Research Organization(AROs)와 Industry Association(IA)는 노동자와 고용주 사이에서 유급병가 제도 시행과 이용 방법에 대한 이해를 높이기 위한 노력을 해야 함.
- 제도방해요인이란 상병수당 및 유급병가 제도를 개정하거나 활성화하는 데에 발생하는 어려움의 원인을 의미함.
  - 정신 및 행동장애로 상병수당을 신청한 노동자 중 전문의에게 진단을 받지 않았거나 29세 이상의 남성일 경우 수혜 가능성이 높았음. 다만 여성의 경우 가사노동은 노동으로 판단하지 않는 인식 때문에 수혜 탈락자가 되기 쉬움.
  - 병가 신청 시 제출하는 의료 진단서의 반려 사유를 살펴본 결과, 노동자의 현재 고용상태에 대한 정보 누락, 문서의 낮은 가독성이 있었음. 또한, 상병을 증명할 수 있는 검진 결과, 회복 가능성, 필요한 재활 조치 등 의료진의 소견이 부족하였음.
  - 상병수당 수혜 대상자를 결정하는 과정에서 발생할 수 있는 이해관계자 간 의견 충돌 및 협력 부족에 대한 질적연구가 총 2편이 존재함. 덴마크의 일반의 및 상병수당 행정 직원들을 대상으로 인터뷰한 결과 정신 질환의 경우 상병의 정도를 판단하기 어렵다는 점과 이해관계자의 이탈, 재정적 문제 등으로 상병수당 수혜 결정의 지연 및 잠재적 수혜자의 탈락 등을 보고함. 이와 함께 스웨덴의 SIOs(Social Insurance Officers)를 대상으로 초점집단 인터뷰를 시행하여 상병수당 관련 업무 수행 중 겪는 고충을 검토한 결과 노동자의 상병을 증명할 의료 진단서의 정보 누락 및 부족으로 인한 업무 지연, 수혜 대상자 선정을 위한 의사 결정의 어려움 또는 가이드라인 부족 등을 보고함.

## 다. 주제범위 문헌고찰(Scoping Review) 시사점

- 상병수당 및 유급병가 제도를 수정된 논리모형에 근거하여 효과를 살펴보았을 때, 제도 시행은 수혜 노동자 및 노동자 가족의 건강과 사회·경제 상황의 개선에 도움이 되는 것을 확인할 수 있었음.
- 상병수당과 유급병가는 감염병 예방과 의료서비스 이용, 자녀의 상병시 돌봄이 증가하는데 효과적이었음.
- 상병수당 및 유급병가 제도는 노동자의 생계유지, 고용 안정 유지, 일과 가정의 양립에 도움이 되었음.
- 엄격한 모니터링 즉, 수혜 기간 중의 상병수당 및 유급병가 제도 수혜 사유에 대한 2차 검증은 수혜자의 제도 이용에 대한 도덕적 해이를 방지할 수 있음.
- 제도의 효과는 제도의 수혜자 또는 그 특성에 따라 다르게 나타남. 대부분 고학력·고소득층에 비하여 저소득·저학력 계층에서 유급병가 및 상병수당 제도 이용률 및 이용 일수가 상대적으로 적음. 이는 사회적 약자 계층의 이용을 높이기 위한 정책적 지원이 필요하다는 것을 의미함.
- 제도 활성화를 위해서는 대상자의 인식을 제고를 위한 홍보 및 교육활동과 제도 이해관계자들 사이의 충분한 협력이 필요함.

## 3. 효과평가

### 가. 회귀분석: 서울시 행정대장 - 설문조사 결과 연계 자료

#### 1) 연구대상자

- 본 절에서는 설문 조사에 응답한 1,843을 대상으로 서울형 유급병가지원 제도가 다양한 종속 변수에 미친 영향을 분석하였음<sup>42)</sup>
- 한편, 본 절에서는 제도이용 사유를 기준으로 집단을 구분하여 분석을 시행하였음. 입원(또는 입원과 검진 모두)을 이용한 이들은 총 1,149명이었고, 검진만 이용한 이들은 총 694명임. 입원이용자 가운데 수혜자는 881(76.68%)명, 탈락자는 268명(23.32%)임. 검진 이용자 가운데 수혜자는 573명(82.56%), 탈락자는 121명(17.44%)임. 검진만 이용한 이들에게서 수혜자 비율이 더욱 높으며, 이와 같은 분포의 차이는 신뢰구간 95% 수준에서 유의미함.

42) 자세한 분석방법은 제2절의 4.분석방법을 참고



## 2) 주요변수 기술 통계량

□ (표 2-5-25)에서는 제도이용 사유 즉, 입원과 검진 집단에 따른 수혜자 및 탈락자의 주요변수 평균값 또는 분포를 나타내었음. 또한, 수혜자와 탈락자의 기초통계량 차이가 통계적으로 유의미한지 살펴보기 위해 연속형 변수의 경우 t-검정을, 범주형 변수의 경우 카이제곱 검정을 실시하였고 검정 결과를 함께 나타내었음.

□ 먼저 입원으로 인한 제도 신청 집단의 수혜 여부에 따른 종속변수 기초통계량의 차이는 의료이용 가운데 특히 제도 신청 또는 수혜 이후 외래서비스 이용 횟수, 입원서비스 이용 여부, 입원 기간에서 신뢰구간 95% 수준에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타남.

○ 제도를 수혜 받은 이들의 경우 제도 신청 또는 수혜 이후 평균 약 7.35회 외래서비스를 이용했다고 응답하였음. 이에 반해 탈락 집단의 경우 평균 약 6회 이용한다고 응답하여 제도 수혜자에서 통계적으로 유의미하게 외래서비스 이용을 더욱 많이 하는 것을 확인할 수 있음.

○ 제도 수혜자 가운데 27.24%(240명)가 제도 신청 또는 수혜 이후 입원서비스를 이용했다고 응답했으나, 탈락자에서는 6% 더 낮은 20.90%(56명)가 입원서비스를 이용했다고 응답하였음( $p=0.038$ ).

○ 입원 기간도 수혜자에서 상대적으로 더 긴 것으로 나타남. 수혜자는 평균 약 5일을, 탈락자는 약 2.4일 입원했다고 응답하였음( $p=0.037$ ).

□ 검진으로 인한 제도 신청 집단의 수혜 여부에 따라 통계적으로 유의미한 종속변수 기초통계량 차이는 확인할 수 없었음.

□ 한편, 입원 이용 집단과 검진 이용 집단 모두에서 수혜자 및 탈락자 집단은 유사한 집단임을 확인할 수 있음. 즉, 성별, 연령, 교육수준, 종사상 지위, 그리고 가구원 수의 통계적으로 유의미한 차이가 존재하지 않음.

## 242 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

〈표 2-5-25〉 서울형 유급병가지원 제도 이용 사유에 따른 수혜자 및 탈락자 주요변수 기초통계량

구분			입원 <sup>1)</sup> (n=1,149)				p-value	검진 (n=694)				p-value
			수혜자 (n=881)		탈락자 (n=268)			수혜자 (n=573)		탈락자 (n=121)		
			Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)		Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)	
종속변수	본인	자가보고건강	2.703	0.813	2.810	0.777	0.057	3.035	0.726	2.942	0.767	0.206
		삶의 만족도	2.866	0.801	2.970	0.764	0.060	3.040	0.757	2.975	0.811	0.398
		우울감	2.790	0.033	2.728	0.962	0.356	2.656	0.921	2.727	1.033	0.451
	가족	배우자/동거인 건강	3.203	0.785	3.231	0.784	0.714	3.319	0.739	3.120	0.659	0.077
		배우자/동거인 관계 만족도	3.411	0.797	3.434	0.765	0.763	3.586	0.741	3.400	0.756	0.107
		자녀 건강(첫째)	3.889	0.869	3.911	0.668	0.876	3.931	0.696	4.040	0.676	0.467
	미충족의료	경험 여부	450	51.080	128	47.760	0.342	290	50.61	63	52.07	0.771
		횟수	1.360	2.593	1.131	1.920	0.181	1.175	1.703	1.116	1.523	0.725
	외래	이용	732	83.090	214	79.850	0.222	469	81.850	102	84.300	0.522
		횟수	7.351	10.053	5.951	8.814	0.041	5.538	7.637	4.777	5.067	0.295
	입원	이용	240	27.240	56	20.900	0.038	63	10.99	12	9.92	0.729
		횟수	0.714	2.912	0.450	2.068	0.170	0.206	1.096	0.165	0.538	0.691
		기간(단위: 일)	4.988	19.798	2.388	8.696	0.037	0.923	4.901	0.744	3.318	0.701
	응급	이용	79	8.970	18	6.720	0.246	23	4.010	4	3.310	0.714
		횟수	0.186	0.818	0.127	0.567	0.268	0.054	0.317	0.066	0.423	0.722
	재활	이용	127	14.420	45	16.79	0.340	47	8.200	10	08.26	0.982
횟수		2.175	10.886	1.608	7.149	0.423	0.663	4.171	0.579	2.545	0.830	

구분			입원 <sup>1)</sup> (n=1,149)				p-value	검진 (n=694)				p-value
			수혜자 (n=881)		탈락자 (n=268)			수혜자 (n=573)		탈락자 (n=121)		
			Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)		Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)	
통계변수	성별	남성	439	49.830	141	52.610	0.425	300	52.360	53	43.800	0.087
		여성	442	50.170	127	47.390		273	47.640	68	56.200	
	연령	30대 이하	106	12.030	45	16.790	0.140	73	12.740	15	12.400	0.649
		40대	185	21.000	62	23.130		192	33.510	38	31.400	
		50대	288	32.690	79	29.480		171	29.840	43	35.540	
		60대 이상	302	34.280	82	30.600		137	23.910	25	20.660	
	교육수준	중학교 졸업 이하	137	15.550	33	12.310	0.600	62	10.820	10	8.260	0.763
		고등학교 졸업	392	44.490	121	45.150		169	29.490	36	29.750	
		전문대학 졸업	101	11.460	34	12.690		90	15.710	17	14.050	
		대학졸업 이상	251	28.490	80	29.850		252	43.980	58	47.930	
	종사상 지위	기타근로	86	9.760	33	12.310	0.458	48	8.380	9	7.440	0.640
		사업소독자	425	48.240	130	48.510		311	54.280	67	55.370	
		일용직	242	27.470	74	27.610		131	22.860	32	26.450	
		특수고용직	128	14.530	31	11.570		83	14.490	13	10.740	
	가구원수		2.406	1.326	2.537	1.302	0.153	2.375	1.312	2.438	1.175	0.627

<sup>1)</sup>입원과 검진 모두 이용한 경우 입원 집단에 포함하였음

244 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

### 3) 회귀분석 결과

- 회귀분석 결과는 중간 결과인 의료서비스 이용 지표와 최종 결과인 건강 지표를 구분하여 살펴 보았음. 의료서비스 이용은 또다시 의료서비스 이용 여부와 이용 횟수로 구분하여 살펴보았음.
- 모든 분석 결과는 입원으로 인해 서울형 유급병가지원 제도를 신청한 집단과 공단 일반건강검진으로 인해 제도를 신청한 집단을 구분하여 제시하였음.
- 또한, 앞서 설명하였듯이 모든 분석에서 응답자들의 기존 인구 사회학적 특성인 성별, 연령, 교육수준, 종사상 지위, 그리고 가구원 수를 보정한 결과를 제시하였음.
- 의료서비스 이용 여부 관련 분석 결과는 승산비(OR)를, 의료서비스 이용 횟수 및 건강 관련 분석 결과는 회귀계수(Coef.) 값을 나타내었음.
- 서울형 유급병가지원 제도와 의료서비스 이용 여부
- 입원 집단
- 입원으로 인해 제도를 이용한 집단에서 제도 수혜자와 탈락자의 '입원서비스' 이용에 통계적으로 유의미한 차이가 나타났음(OR=1.401, p=0.049).
  - 서울형 유급병가지원 제도 수혜자는 이외 미중증 의료, 외래서비스, 응급서비스, 재활서비스 이용 측면에서는 탈락자와 통계적으로 유의하게 다르지 않았음.
- 공단 일반건강검진 집단
- 공단 일반건강검진 이용으로 제도를 신청한 이들 대상으로 분석한 결과, 서울형 유급병가지원 제도 수혜자와 탈락자 간 모든 의료서비스 이용 관련 지표에 있어 유의미한 차이가 발견되지 않았음.

(표 2-5-26) 서울형 유급병가지원 제도 이용 시유발 제도 수혜와 증속변수의 관계: 의료서비스 이용 여부

결과변수	입원 집단 (N=1,149)		검진 집단 (N=694)	
	OR	p-value	OR	p-value
미중증의료	1.137	0.363	0.995	0.982
외래서비스	1.255	0.207	0.910	0.728
입원서비스	1.401**	0.049	1.085	0.807
응급서비스	1.363	0.272	1.185	0.765
재활서비스	0.837	0.353	1.015	0.969

주: 모든 승산비(OR) 값은 각 결과변수에 대한 서울형 유급병가지원 제도 탈락자 집단 대비 수혜자 집단의 OR 값임

성별, 연령, 교육수준, 종사상지위, 가구원수 보정한 값임

\* p<0.10, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01

## □ 서울형 유급병가지원 제도와 의료서비스 이용 횟수 및 기간

## ○ 입원 집단

- 입원으로 인해 제도를 신청한 집단에서는 서울형 유급병가지원 제도 수혜자와 탈락자 간 외래서비스 이용 횟수와 입원 기간의 통계적으로 유의한 차이가 존재하는 것을 확인하였음. 탈락자 대비 수혜자의 외래서비스 회귀계수 값은 1.35( $p=0.032$ ), 입원서비스 회귀계수 값은 2.71임( $p=0.003$ ).
- 이 외 미충족 의료, 입원서비스, 응급서비스, 재활서비스 이용 횟수에는 유의미한 집단간 차이를 확인할 수 없었음.

## ○ 공단 일반건강검진 집단

- 공단 일반건강검진 집단에서 역시 외래서비스 이용 횟수에서 집단 간 유의한 차이를 확인하였음(Coef=0.927,  $p=0.081$ ).

〈표 2-5-27〉 서울형 유급병가지원 제도 이용 사유별 제도 수혜와 종속변수의 관계: 의료서비스 이용 횟수 및 기간

결과변수	입원 집단 (N=1,149)		검진 집단 (N=694)	
	Coef.	p-value	Coef.	p-value
미충족의료 횟수	0.224	0.129	-0.001	0.978
외래서비스 이용 횟수	1.351**	0.032	0.927*	0.081
입원서비스 이용 횟수	0.258	0.104	0.050	0.498
입원 기간(일)	2.712***	0.003	0.192	0.605
응급서비스 이용 횟수	0.065	0.170	-0.012	0.774
재활서비스 이용 횟수	0.63	0.277	0.072	0.794

주: 모든 회귀계수 값(Coef.)은 각 결과변수에 대한 서울형 유급병가지원 제도 탈락자 집단 대비 수혜자

집단의 Coef. 값임

성별, 연령, 교육수준, 종사상지위, 가구원수 보정한 값임

\*  $p<0.10$ , \*\*  $p<0.05$ , \*\*\*  $p<0.01$

## □ 입원 질병 및 입원 기간별 제도 수혜와 의료서비스 이용 횟수의 관계

- 다음으로 제도이용 사유가 입원인 집단 1,149명을 대상으로 다시 입원 질병, 그리고 입원 기간에 따라 집단을 세분화하여 제도 수혜와 의료서비스 이용의 관계를 살펴보았음. 여기에서는 통계적 유의성이 확인된 의료서비스 이용 횟수 관련 변수를 중심으로 보고하였음.

## ○ 입원 질병별 제도 수혜와 의료서비스 이용 횟수

- 서울형 유급병가지원 제도 신청자의 상위 두 개 질병인 근골격계(388명, 33.77%)와 신생물(143명, 12.45%), 그리고 나머지 기타(618, 53.79%) 세 집단으로 구분하였음. 각 집단별 주요변수 기술 통계량은 아래 표와 같음.
- 근골격계로 인해 입원한 집단에서는 수혜자와 탈락자 간 외래서비스 이용 횟수와 입원 이용에서 통계적 차이가 있었음. 수혜자는 제도 수혜 이후 평균 약 8회 외래서비스를

이용하였고, 탈락자는 제도 신청 이후 약 5회 이용하였음( $p=0.030$ ). 또한, 수혜자는 제도 수혜 이후 평균 약 6일 입원한 데 반해, 탈락자는 제도 신청 이후 약 2일의 입원 기간을 보고하였음( $p=0.056$ ).

- 신생물(또는 암)로 인해 입원한 집단에서는 외래서비스 이용 횟수만 신뢰구간 90% 수준에서 차이가 있었는데, 수혜자에서 약 9일 이용한 데 반해 탈락자의 경우 약 5일 이용했다고 보고하였음( $p=0.071$ ).
- 이 외 건강문제로 입원한 집단에서는 의료이용 횟수에 통계적으로 유의미한 차이를 확인할 수 없었음.
- 다음으로 아래 표에 입원 질병별 제도 수혜와 종속변수의 회귀분석 결과를 나타내었음. 각 집단에서 제도 수혜와 통계적으로 유의미하게 관계있는 변수가 서로 달랐음.
- 근골격계로 인한 입원 집단에서는 외래서비스 이용 횟수, 입원서비스 이용 횟수 및 기간, 그리고 재활서비스 이용 횟수에서 두 집단 간 유의한 차이가 나타남. 탈락자 집단 대비 수혜자 집단의 회귀계수 값은 외래서비스 이용 횟수, 입원서비스 이용 횟수, 입원 기간, 그리고 재활서비스 이용 횟수에서 각각 2.023( $p=0.039$ ), 0.455( $p=0.093$ ), 3.576( $p=0.006$ ), 1.683( $p=0.069$ )임.
- 신생물로 인한 입원 집단에서는 미충족 의료와 외래서비스 이용 횟수에서 두 집단 간 차이가 확인되었음. 두 의료이용에서 모두 양적 상관관계가 있었음. 탈락자 대비 수혜자 집단 미충족 의료 횟수 회귀계수 값은 0.630( $p=0.018$ ), 외래서비스 이용 횟수 회귀계수 값은 4.041( $p=0.020$ )임.
- 이외 질병으로 인해 입원한 집단에서는 모든 의료이용 횟수에서 수혜자와 탈락자 집단 간 통계적으로 유의한 차이가 없었음.

〈표 2-5-28〉 서울형 유급병가지원제도 신청 입원질병에 따른 수혜자 및 탈락자 주요변수 기초통계량

구분		근골격계 (n=388)				p	신생물 (n=143)				p	기타 (n=618)					
		수혜자 (n=300)		탈락자 (n=88)			수혜자 (n=110)		탈락자 (n=33)			수혜자 (n=471)		탈락자 (n=147)			
		Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)		Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)		Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)		
종속 변수	미증족의료 횡수	1.69	3.53	1.20	1.99	0.222	0.973	1.716	0.515	0.905	0.744	1.242	1.961	1.224	2.023	0.925	
	외래서비스 이용 횡수	8.03	11.43	5.28	5.43	0.030	9.636	1.205	5.515	0.939	0.071	6.382	8.157	6.449	10.841	0.936	
	입원 횡수	0.83	3.71	0.33	0.67	0.213	1.254	3.915	0.727	2.154	0.461	0.516	1.851	0.462	2.551	0.782	
	기간(단위: 일)	6.19	20.36	2.00	4.60	0.056	6.564	26.609	1.515	3.022	0.280	3.856	17.409	2.816	11.101	0.496	
	응급서비스 이용 횡수	0.21	1.03	0.08	0.46	0.238	0.100	0.405	0.061	0.348	0.614	0.189	0.732	0.170	0.655	0.780	
통제 변수	재활서비스 이용 횡수	3.18	9.56	1.63	4.71	0.141	0.482	2.486	0.909	2.638	0.395	1.930	12.686	1.755	8.865	0.876	
	성별	남성	141	47.00	48	54.55	0.213	40	36.36	15	45.45	0.346	258	54.78	78	53.06	0.715
		여성	159	53.00	40	45.45		70	63.64	18	54.55		213	45.22	69	46.94	
	연령	30대 이하	36	12.00	11	12.50	0.512	9	8.18	3	9.09	0.434	61	12.95	31	21.09	0.056
		40대	58	19.33	21	23.86		25	22.73	5	15.15		102	21.66	36	24.49	
		50대	103	34.33	33	37.50		39	35.45	9	27.27		146	31.00	37	25.17	
		60대 이상	103	34.33	23	26.14		37	33.64	16	48.48		162	34.39	43	29.25	
	교육 수준	중학교 졸업 이하	59	19.67	5	5.68	0.021	14	12.73	6	18.18	0.593	64	13.59	22	14.97	0.587
		고등학교 졸업	131	43.67	46	52.27		52	47.27	17	51.52		209	44.37	58	39.46	
		전문대학 졸업	35	11.67	11	12.50		15	13.64	2	6.06		51	10.83	21	14.29	
		대학졸업 이상	75	25.00	26	29.55		29	26.36	8	24.24		147	31.21	46	31.29	
	종사상 지위	기타근로	31	10.33	7	7.95	0.730	13	11.82	7	21.21	0.062	42	8.92	19	12.93	0.359
		사업소독자	142	47.33	42	47.73		49	44.55	15	45.45		234	49.68	73	49.66	
		일용직	88	29.33	24	27.27		30	27.27	11	33.33		124	26.33	39	26.53	
		특수고용직	39	13.00	15	17.05		18	16.36	0	0.00		71	15.07	16	10.88	
가구원수		2.40	0.08	2.69	0.14	0.083	2.418	1.153	2.424	1.061	0.979	2.246	1.247	2.599	1.264	0.003	

1)입원과 검진 모두 이용한 경우 입원 집단에 포함하였음

248 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

〈표 2-5-29〉 서울형 유급병가지원 제도 신청 입원 질병별 제도 수혜와 종속변수의 관계: 의료서비스 이용 여부

결과변수	근골격계 (n=388)		신생물 (n=143)		기타 (n=618)	
	Coef.	p-value	Coef.	p-value	Coef.	p-value
미증족의료 횡수	0.531	0.117	0.630**	0.018	-0.013	0.945
외래서비스 이용 횡수	2.023**	0.039	4.041**	0.020	-0.290	0.763
입원서비스 이용 횡수	0.455*	0.093	0.768	0.213	0.063	0.795
입원 기간(일)	3.576***	0.006	6.533	0.124	1.192	0.360
응급서비스 이용 횡수	0.102	0.130	0.066	0.377	0.018	0.789
재활서비스 이용 횡수	1.683*	0.069	-0.467	0.257	-0.197	0.824

주: 모든 회귀계수(Coef.) 값은 각 결과변수에 대한 서울형 유급병가지원 제도 탈락자 집단 대비 수혜자 집단의 Coef. 값임  
성별, 연령, 교육수준, 종사상 지위, 가구원 수 보정함 값임  
\* p<0.10, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01

○ 입원 기간별 제도 수혜와 의료서비스 이용 횡수

- 서울형 유급 병가지원 제도 신청자의 입원 기간 중윗값은 7일 즉 일주일임. 이에 따라 집단은 일주일 이내(555명, 48.30%)와 일주일 이상(594명, 51.70%) 두 집단으로 구분하였음. 집단별 주요변수 기초통계량을 아래 표에 나타내었음.
  - 일주일 미만 입원한 집단에서는 외래서비스 및 입원서비스 이용 횡수의 두 집단 간 차이가 있었음. 두 지표 모두 수혜자에서 평균 횡수가 더 많았음.
  - 일주일 이상 입원 집단에서는 수혜자에서 평균 입원 기간이 상대적으로 길었음.

〈표 2-5-30〉서울형 유급 병가지원 제도 신청 입원 기간에 따른 수혜자 및 탈락자 주요변수 기초통계량

구분			일주일 미만 (n=555)				p-value	일주일 이상 (n=594)				p-value
			수혜자 (n=442)		탈락자 (n=113)			수혜자 (n=439)		탈락자 (n=155)		
			Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)		Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)	
종속 변수	미충족 의료 횟수	1.319	1.971	1.203	2.410	0.596	1.401	3.096	1.077	1.471	0.211	
	외래서비스 이용 횟수	7.921	11.926	5.318	6.123	0.025	6.777	7.693	6.413	10.340	0.645	
	입원	횟수	0.595	1.639	0.265	0.655	0.037	0.834	3.781	0.587	2.657	0.454
		기간(단위: 일)	2.459	7.699	1.504	4.740	0.209	7.533	26.736	3.032	10.667	0.042
	응급서비스 이용 횟수	0.199	0.866	0.106	0.430	0.269	0.173	0.769	0.142	0.769	0.652	
재활서비스 이용 횟수	1.575	6.941	1.133	3.992	0.516	2.779	13.743	1.955	8.760	0.485		
통제 변수	성별	남성	219	49.55	55	48.67	0.868	220	50.11	86	55.48	0.250
		여성	223	50.45	58	51.33		219	49.89	69	44.52	
	연령	30대 이하	59	13.35	22	19.47	0.409	47	10.71	23	14.84	0.285
		40대	101	22.85	26	23.01		84	19.13	36	23.23	
		50대	141	31.90	32	28.32		147	33.49	47	30.32	
		60대 이상	141	31.90	33	29.20		161	36.67	49	31.61	
	교육 수준	중학교 졸업 이하	60	13.57	13	11.50	0.783	77	17.54	20	12.90	0.262
		고등학교 졸업	184	41.63	52	46.02		208	47.38	69	44.52	
		전문대학 졸업	57	12.90	12	10.62		44	10.02	22	14.19	
		대학졸업 이상	141	31.90	36	31.86		110	25.06	44	28.39	
	종사상지위	기타 근로	44	9.95	11	9.73	0.266	42	9.57	22	14.19	0.403
		사업소독자	225	50.90	60	53.10		200	45.56	70	45.16	
		일용직	108	24.43	33	29.20		134	30.52	41	26.45	
		특수고용직	65	14.71	9	7.96		63	14.35	22	14.19	
	가구원 수	2.260	1.223	2.513	1.296	0.050	2.248	1.253	2.697	1.255	0.001	

주: 입원과 검진 모두 이용한 경우 입원 집단에 포함하였음

250 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

- 마찬가지로 다음으로는 집단별 제도 수혜와 제도 수혜 또는 신청 이후 의료이용 횟수의 관계를 살펴보았음. 결과는 아래 표에 나타내었음.
- 일주일 미만 입원한 집단에서는 수혜 여부에 따른 외래서비스와 입원서비스 이용 횟수와 입원 기간의 차이를 확인할 수 있었음. 탈락자 대비 수혜자 집단의 각 지표별 회귀계수 값은 각각 2.529( $p=0.002$ ), 0.345( $p<0.001$ ), 1.078( $p=0.085$ )임.
- 일주일 이상 입원 집단에서는 수혜 여부에 따라 수혜 또는 신청 이후 이용한 입원 기간에서 차이가 있었음. 탈락자 대비 수혜자 집단 회귀계수 값은 4.716( $p=0.005$ )임.

〈표 2-5-31〉서울형 유급 병가지원 제도 신청 입원 기간별 수혜와 종속변수의 관계: 의료서비스 이용 여부

결과변수	일주일 미만 (n=555)		일주일 이상 (n=594)	
	Coef.	p-value	Coef.	p-value
비충족의료 횟수	0.100	0.683	0.279	0.148
외래서비스 이용 횟수	2.529***	0.002	0.136	0.882
입원서비스 이용 횟수	0.345***	<0.001	0.257	0.394
입원 기간(일)	1.078*	0.085	4.716***	0.005
응급서비스 이용 횟수	0.094	0.117	0.028	0.680
재활서비스 이용 횟수	0.393	0.477	0.665	0.472

주: 모든 회귀계수(Coef.) 값은 각 결과변수에 대한 서울형 유급병가지원 제도 탈락자 집단 대비 수혜자 집단의 Coef. 값임  
 성별, 연령, 교육수준, 종사상지위, 가구원수 보정함 값임  
 \*  $p<0.10$ , \*\*  $p<0.05$ , \*\*\*  $p<0.01$

## □ 서울형 유급 병가지원 제도와 건강

## ○ 입원 집단

- 입원 집단에서는 서울형 유급 병가지원 제도 수혜자의 자가보고 건강, 삶의 만족도, 그리고 우울감은 물론 배우자 또는 동거인의 건강, 이들과의 관계 만족도, 그리고 자녀 건강 등 가족 건강 관련 지표에서 탈락자와 통계적으로 유의한 차이가 없었음.

## ○ 공단 일반 건강검진 집단

- 공단 일반건강검진으로 제도를 신청한 집단의 경우, 서울형 유급 병가지원 제도 수혜자와 탈락자 간 배우자 또는 동거인 건강과 관계 만족도에 차이가 있었음. 배우자 또는 동거인 건강과 이들과의 관계 만족도 차이는 각각 신뢰구간 90% 그리고 95% 수준에서 유의함. 탈락자 집단과 비교하여 수혜자 집단이 평가한 배우자 또는 동거인의 건강이 22.4% 포인트 높았고( $p=0.024$ ), 관계 만족도 역시 20.0% 포인트 높았음( $p=0.083$ ).
- 그러나 마찬가지로 서울형 유급 병가지원 제도 수혜가 신청자 본인의 건강 관련 지표에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타남.

〈표 2-5-32〉서울형 유급병가지원 제도이용 사유별 제도 수혜와 종속변수의 관계: 건강

결과변수	입원 집단			검진 집단		
	Coef.	p-value	N	Coef.	p-value	N
자가보고건강	-0.073	0.173	1,149	0.093	-0.207	694
삶의 만족도	-0.076	0.148	1,149	0.074	0.346	694
우울감	0.045	0.491	1,149	-0.053	0.594	694
배우자/동거인 건강	-0.013	0.860	562	0.224**	0.024	313
배우자/동거인 관계 만족도	-0.013	0.856	562	0.2*	0.083	313
자녀 건강(첫째)	0.027	0.932	235	-0.162	0.365	169

주: 모든 회귀계수(Coef.) 값은 각 결과변수에 대한 서울형 유급병가지원 제도 탈락자 집단 대비 수혜자 집단의 Coef. 값임  
 성별, 연령, 교육수준, 종사상지위, 가구원수 보정한 값임  
 \* p<0.10, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01

## 나. 성향점수매칭과 이중차이분석 결합 모형: 국민건강보험공단 맞춤형 DB-서울시 행정대장 연계 자료

### 1) 성향점수매칭 결과: 연구대상자

□ 본 절은 성향점수매칭과 이중차이분석 결합 모형을 활용하여 앞서 설문조사를 통해 확인한 수혜자와 탈락자 의료이용 비교 추정 편의 결과를 일부 보완하고자 하였음. 또한, 타당도 확보를 위해 본 절에서 의료이용은 직접적인 의료비로 측정하여 분석하였음.

□ 성향점수매칭과 이중차이분석을 위해서 국민건강보험공단 맞춤형 DB와 서울형 유급병가지원 제도 행정대장을 연계한 자료를 활용하였음.

□ 본 연구의 대상자는 서울형 유급 병가지원 제도 대상자임. 제도 수혜 여부에 따른 의료이용의 차이가 '입원'으로 인한 제도 신청자 집단에서 나타난 설문조사 분석 결과에 근거하여, 해당 분석에서도 '입원'으로 인한 서울형 유급 병가지원 제도 대상자만을 대상으로 포함하였음. 즉, 2019년과 2020년에 입원을 한 번이라도 한 사람들을 포함하였으며, 입원 이용 없이 건강검진만 이용한 이들은 분석에서 제외하였음. 제도 시행 전후를 비교하기 위해 앞선 제2장 방법론에서 설명하였듯이 해당 대상자들의 2018년 자료를 연계하였음.

□ 본 데이터에서는 제도를 신청하지 않은 대상자를 포함할 수 있음에 따라 세부 집단은 ①제도 신청 여부를 기준으로 제도 신청자 집단과 비신청자 집단을 구분하였음. 이들 가운데 신청자 집단은 ②선정 여부를 기준으로 수혜자와 탈락자로 다시 구분하였음. 이들 가운데 제도를 신청하여 지원금 수혜 집단(수혜자)과 제도를 신청하지 않은 집단(비신청자) 두 개 집단을 분석에 포함하였으며 각각 처치집단과 비교 집단으로 설정하였음.

○ 제도를 신청한 경우에도 건강보험공단 맞춤형 자료 내 입원 기록이 없는 경우에는 분석에서 제외하였음. 따라서 서울시 행정대장 자료 내 수혜자 및 탈락자 규모와 차이가 있음에 유의해야 함.

□ 앞서 방법론 부문에서 설명하였듯이 연령, 소득수준, 장애 여부, 거주지역, 직종 변수를 활용하여 성향점수매칭 결과, 처치집단 총 11,836명, 비교 집단 14,365명으로 총 26,201명이 매칭되었음.

### 2) 이중차이분석 결과: 의료비

□ 건강보험공단 맞춤형 DB에서는 구체적인 의료비를 활용할 수 있음에 따라 여기에서는 서울형 유급병가지원 제도 수혜의 의료비 변화 효과를 분석함으로써 제도 수혜와 의료이용 간 인과성을 검정하였음.

○ 의료비는 총의료비, 공단부담금, 그리고 본인부담금 세 항목을 구분하여 살펴보았음. 아래 표와 그림에 결과를 나타내었음.

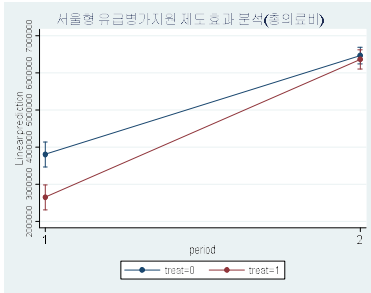
○ 총의료비, 공단부담금, 본인부담금 모두에서 제도 효과를 확인할 수 있었음. 비교 집단별 제도 시행 이전 대비 이후 의료비 변화 차이를 살펴보면, 비신청자 대비 수혜자에서 각각 1,045,220원, 846,920원, 그리고 196,409원 더 많이 증가하였음.

〈표 2-5-33〉집단 간 의료비 이중차이분석 결과: 총 의료비, 공단부담금, 본인부담금

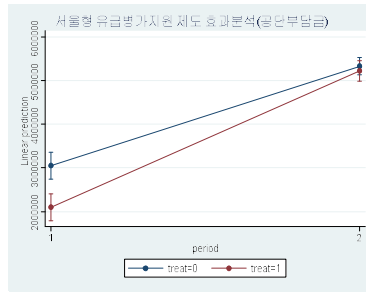
	총의료비		공단부담금		본인부담금	
	Coef.	p	Coef.	p	Coef.	p
treat	-1,148,451	<0.001	-952,257.5	<0.001	-185,962.3	<0.001
period	2,661,710	<0.001	2,277,996	<0.001	381,241.6	<0.001
treat#period	1,045,220	<0.001	846,920.7	0.002	196,409.1	<0.001
cons	3,801,311	<0.001	3,051,650	<0.001	736,629.4	<0.001
No. of obs.	26,201		26,201		26,201	
Adj.R-squared	0.018		0.016		0.024	

○ 아래 그림을 통해 집단 간 제도 시행 전후 의료비 변화를 확인할 수 있음. 제도 시행 이전에 비신청자 집단 대비 수혜자 집단의 의료비가 낮았지만, 제도 시행 이후 수혜자에서 의료비 지출이 비신청자에 비해 더욱 큰 폭으로 증가함에 따라 두 집단 간 지출 의료비의 차이의 통계적 유의미성이 사라짐.

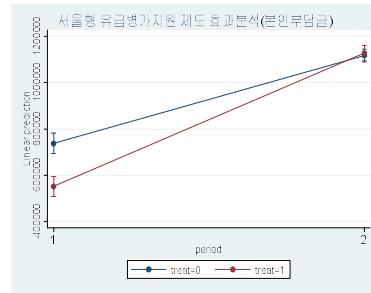
[그림 2-5-13] 총 의료비 이중차이분석 결과



[그림 2-5-14] 공단부담금 이중차이분석 결과



[그림 2-5-15] 본인부담금 이중차이분석 결과



#### 다. 소결

- 기존 서울형 유급병가지원 제도 평가는 주로 초기결과 지표<sup>43)</sup>인 제도 만족도 평가를 중심으로 이루어져 옴. 이에 본 절에서는 제도 논리모형에서 제시한 중간결과를 중심으로 분석을 시행하였음. 중간결과 가운데에서도 건강보험공단 맞춤형 DB에서 활용 가능한 의료이용의 수혜자 탈락자 간 차이를 분석하였음. 추가로 최종결과 평가에 대한 예비 조사 차원에서 제도 수혜 여부에 따른 자기기입식 건강증진 지표의 차이를 살펴보았음.
- 서울형 유급병가지원 제도는 대상자의 미충족요를 해소하는 것으로 나타남. 의료이용 횟수와 의료비 지출에서 제도 시행 이후 수혜자들의 의료이용이 증가한 결과를 확인할 수 있었음.
  - 회귀분석을 통해 외래 및 입원서비스 이용에 있어 서울형 유급병가지원 제도의 수혜자와 탈락자 간 통계적으로 유의미한 차이를 확인하였음. 이는 기존의 연구결과와 일치하는 결과임. 기존 연구는 주로 유급병가 또는 상병수당이 외래(의사 방문) 및 응급서비스 이용에 미치는 영향을 살펴보고 있었음. 미국 노동자들을 대상으로 유급병가제도 사용 가능 여부에 따른 의료이용률 평균 또는 분포 차이를 비교한 Peipins 등(2012)의 연구에서는 유급병가 사용 가능한 이들에게 연간 평균 외래서비스를 이용한 비율이 통계적으로 유의하게 높다고 보고하였음. Cook(2011)의 연구에 따르면 유급병가를 사용할 수 있는 집단과 그렇지 않은 집단에서 특히 외래서비스 이용의 차이를 보고하고 있음(OR=1.164; 95% CI: 1.027-1.318). 또한, 미국 내 유급병가제도 효과를 살펴본 Lamsal 등(2021)의 메타분석 결과에서도 유급병가 여부에 따른 외래서비스 이용에 통계적으로 유의미한 차이가 있음을 보고하였음(OR=1.33; 95% CI: 1.25-1.41).
  - 한편, 본 연구는 입원일수의 차이를 유급병가지원 제도 수혜 여부에 따라 비교하여 살펴본 첫 번째 연구임. 서울형 유급병가지원 제도 탈락 집단과 비교하여 수혜 집단에서 입원일수가 상대적으로 더 길었음.
  - 이러한 결과는 서울형 유급병가지원 제도의 목표 가운데 하나인 서울시 취약노동자의 미충족 의료의 해소를 달성하고 있는 것으로도 이해 가능함.
    - 직접적인 의료 미충족 지표에서는 유의미한 결과를 확인할 수 없었으나, 기존 연구결과 및 기존의 서울형 유급병가지원 제도 평가결과들을 고려할 때 제도가 서울시 취약노동자들로 하여금 치료 및 입원 이용에 영향을 미쳤을 것으로 판단됨.
    - 서울형 유급병가지원 제도의 첫 번째 평가 결과(정혜주 등, 2019), 제도 이용자들 가운데 52%가 제도가 없었더라면 입원이나 건강검진을 받지 않았을 것이라 응답한 결과를 함께 고려해 볼 수 있음.

43) 기존 연구에서 다루지 않은 비용-효과적 프로그램 제공의 경우 다음절에서 평가하였음

- 두 번째 평가 결과(정재철 등, 2020)에서 응답자의 약 73%가 제도가 입원 또는 공단 일반건강검진 이용 결정에 도움이 되었다고 응답하였음.
- 의료이용 지연을 살펴 본 DeRigne 등(2016)의 연구에 따르면 유급병가를 사용할 수 없는 사람은 사용 가능한 사람과 비교하여 본인과 가족의 의료지연 위험이 유의미하게 높다는 결과를 보고하였음.
- 서울형 유급병가지원 제도의 대상자와 같이 상대적으로 고용이 불안정한 집단은 일자리 또는 생계비 상실에 대한 두려움으로 인해 안정한 집단에 비해 미충족 의료를 경험할 위험이 높음(우세린, 2020; 정혜주 등, 2018). 서울형 유급병가지원 제도는 특히 생계비를 보장해줌으로써 이들의 필요 의료서비스를 이용할 수 있도록 도움 것임.
- 그러나 2.7일이라는 수혜자와 탈락자의 입원 기간의 차이와 서울형 유급병가지원 제도 수혜 여부와 미충족의료 지표 결과를 고려할 때, 이것이 충분한 의료이용으로 이어지지 못하는 것으로 보임. 이는 서울형 유급병가지원 제도가 입원만을 대상으로 하기 때문으로 이해할 수 있음. 입원의 경우 외래와 비교할 때 선택의 문제가 아닌 경우가 많음. 또한 전체 의료비와 비교할 때 서울형 유급병가지원 제도의 경우 지원액이 적기 때문에 지원 금액을 감안해서 입원을 선택하는 경우는 거의 없을 가능성이 높음.
- 회귀분석을 통한 수혜자와 탈락자의 비교의 추정편의를 일부 보완하기 위해 수행한 성향점수매칭과 이중차이 결합 모형 분석 결과에서도 수혜자의 의료비 증가를 확인할 수 있었음. 제도 시행 이후, 비신청자 대비 수혜자에서 총의료비 1,045,220원, 공단부담금 846,920원, 그리고 법정본인부담금 196,409원 더 많이 증가하였음. 특히 제도 시행 이전 수혜자와 비신청자 사이 유의미한 의료비 지출 차이가 발생했으나, 시행 이후 수혜자 집단에서 의료비 지출 규모가 더욱 커짐에 따라 비슷한 수준의 지출이 발생한 것을 확인할 수 있었음.
- 이와 같은 결과를 통해 두 가지 제도의 함의를 논의해볼 수 있음. 첫째, 서울형 유급병가지원 제도는 미충족의료 해소라는 목적을 달성하는 것으로 보임.
- 둘째, 본 연구는 서울형 유급병가지원제도 대상자만을 포함한 점, 그리고 수혜자 집단이 제도 시행 이전 의료비가 유의미하게 낮았다는 점을 고려할 때, 미충족의료 발생한 집단에서 제도를 이용하는 것으로 판단됨. 즉, 제도가 필요한 대상자에 전달된 것으로 보임.
- 한편, 질병별 그리고 입원 기간별 집단을 세분화해서 의료서비스 횟수와 관계를 살펴 본 결과, 제도 수혜 여부에 따른 의료이용 패턴은 특히 근골격계질환으로 인한 입원 집단과 일주일 이내 입원 집단에서 더욱 강하게 나타남.
- 먼저, 질병별 집단을 세분화하여 분석한 결과, 두 개 상위 질병군에서 모두 외래서비스 이용 횟수가 높았으나, 근골격계질환으로 인해 입원한 집단에서는 제도 수혜 이후 입원

서비스 횟수와 기간 그리고 추가적으로 재활서비스 이용 횟수에서 수혜 여부에 따른 차이가 있었음.

- 근골격계질환의 경우 초기에 적절한 발견이 이루어지는 경우를 제외하고는 단기간에 치료가 어려운 경우가 많음. 특히 서울형 유급병가지원 대상자 집단 경우 장기간 반복 작업으로 인해 누적적 요인으로 질환이 장기화되어 회복기간이 길어졌을 가능성이 높은 집단임(Lederer & Rivard, 2014). 따라서 질환이 만성화됨에 따라 장기간 요양 또는 운동치료 등의 재활이 필요하며, 제도 수혜를 받은 경우, 마찬가지로 탈락 집단에 비해 관련 서비스를 상대적으로 더 이용할 수 있었던 것으로 보임.
- 한편, 신생물로 인해 입원한 집단에서 탈락자 대비 수혜자의 외래서비스 이용 횟수는 더 높음에도 불구하고, 미충족의료 횟수도 0.6회 정도 많았음. 이러한 결과는 추후 면밀한 검토가 필요함. 다만, 설문조사 결과에 따르면 제도 수혜자 가운데 미충족의료를 경험한 41명의 약 40%(16명)가 '경제적 이유'로 인해 필요한 병의원 진료나 검사를 받지 못했다고 응답하였음. 이와 같은 응답 결과를 고려할 때, 중증환자 산레트레제도, 저소득층 암환자 의료비 지원사업 등을 통한 의료비 완화 지원 제도에도 불구하고, 여전히 비급여 등의 발생으로 인한 의료비 부담 등의 이유로 인해 경험하는 미충족의료를 해소하지 못하는 것으로 보임.
- 입원 기간에 따라 집단을 구분해서 수혜 여부에 따른 의료이용 횟수의 차이를 살펴 본 결과, 두 집단 모두 제도 신청 또는 수혜 이후의 입원 기간에서 양의 상관계수를 가지고 있었으나, 수혜 및 탈락집단간 수혜 또는 신청 이후 외래 및 입원서비스 이용 횟수 차이는 상대적으로 입원 일수가 낮았던 이들에서만 확인할 수 있었음.
- 서울형 유급병가지원 제도가 응급서비스 이용, 그리고 재활서비스 이용에 직접적으로 미치는 영향은 확인할 수 없었음.
- 노동자 보편적 건강보장을 위한 통합 돌봄 체계를 고민할 때, 주요하게 다룰 지점이라 판단됨. 즉, 질병 및 중증도에 따라 맞춤형 건강보장 서비스 지원 방안을 마련해야 할 것임.

□ 제도의 궁극적인 목적은 대상자들의 건강증진임. 본 연구에서는 제도가 자기기입식 건강 지표를 활용하여 제도 수혜자와 탈락자의 자신 또는 가족의 건강 평가 차이를 살펴보았음. 결과적으로 서울형 유급병가지원 제도가 수혜자 본인의 자가보고건강(일반, 삶의 만족도, 우울감)에는 유의한 차이가 존재하지 않았으나, 배우자 또는 동거인의 건강과 이들과의 관계 만족도는 더욱 높게 평가하는 것으로 보임.

○ 대부분의 기존 연구가 자녀 의료서비스 이용과 자녀 돌봄을 주로 살펴보았다면, 본 연구에서는 배우자 또는 동거인의 건강과 이들과의 관계 만족도를 살펴보았음.



○ 본 연구에서는 특히 공단 일반건강검진으로 인해 제도를 신청한 이들 가운데 제도의 수혜자 집단에서 탈락자 집단과 비교하여 배우자 또는 동거인의 건강과 관계 만족도를 상대적으로 더 높게 평가하고 있었음.

- 건강 상태는 배우자 관계 만족도에 영향을 미침(Iveniuk et al., 2014; Robinson et al., 2005; Smith et al. 2011; Strawbridge et al., 2007; Wright, 1991; Yang & Schuler, 2009).
- 이와 같은 결과를 고려할 때, 서울형 유급병가지원 제도는 대상자들로 하여금 건강검진을 받도록 도우며, 그 결과 적절한 건강 관리 및 예방을 통해 배우자 또는 동거인의 건강에 대한 평가와 이들과의 만족도에도 긍정적인 평가를 가져오는 것으로 보임.

□ 특히 분석에 포함된 응답자들은 제도 수혜 또는 탈락 이전부터 가지고 있던 고유한 특성 즉, 성별, 연령, 교육수준 등에서 유사한 분포를 가진 유사한 집단임. 이와 같은 집단 간 유사성에도 불구하고 제도 수혜자에서 의료이용이 통계적으로 유의하게 많고, 가족 건강 점수가 높은 결과를 확인하였음.

□ 회귀분석의 경우 이와 같은 의료이용과 배우자 또는 동거인 건강 관련 지표의 통계적으로 유의한 상관관계는 확인하였지만, 실제 두 지표의 관계가 인과적인지 여부는 확인할 수 없음에 유의해야 함. 이는 수혜자 집단과 탈락자 집단의 완전한 동질성을 가정할 수 없기 때문임. 즉 성별, 연령, 교육수준, 종사상지위, 가구원 수 등 본 연구에서 관측 가능했던 지표에 대해서는 두 집단이 동질적인 것을 통계적으로 확인하였으나, 이외 측정하지 않은(관측하지 않은) 다른 특성이 이질적일 가능성이 여전히 존재함에 따라 ‘제도 수혜’와 여러 종속변수 간 인과적 관계는 증명할 수 없음.

□ 향후 서울형 유급병가지원 제도의 경험이 충분히 축적되고 난 이후에는 본 연구에서 살펴 본 지표뿐만 아니라 또 다른 중간결과인 경제적 부담 완화는 물론 최종결과인 건강증진, 질병예방, 적기치료, 생계유지 및 고용 유지, 사회적 비용 감소 등에 미치는 영향에 대한 평가가 필요함. 이때에는 제도가 가진 주요 특성들 예컨대 취약 노동자를 대상으로 한다는 점, 중앙이 아닌 서울시 정부가 운영한다는 점 등을 고려한 평가 지표를 구성하는 것이 중요할 것으로 보임.

#### 4. 설문지 분석

##### 가. 설문도구 개발

□ 서울형 유급병가지원 제도가 수혜자와 탈락자에게 미치는 영향의 차이를 비교하고, 서울시 행정자료로 확인되지 않는 간접적인 비용을 확인하기 위해 수혜자와 탈락자를 대상으로 설문조사를 진행함.

□ 설문도구는 연구진이 주제범위 문헌고찰을 통해 확인된 상병수당/유급병가 효과 지표와 수정된 논리모형을 바탕으로 개발함.

□ 설문지는 서울시 신청자 데이터와 건강보험공단 맞춤형 자료에서 확인할 수 없는 인구사회학적 특성(교육수준, 결혼상태, 자녀유무 등), 건강수준, 미충족 의료 발생 여부, 건강 문제로 인한 소득 손실 정도, 직업 관련 사항, 가구원 건강상태 및 경제적 상태, 제도 이용을 위한 간접비용 및 제도 만족도 등을 조사함.

□ 설문은 총 57개의 문항으로 온라인 및 전화 설문으로 진행될 수 있도록 구성함(주요 문항 41개, 세부 문항 16개). 온라인 및 전화설문의 경우 면대면 설문과 달리 내용이 길거나 복잡한 경우 응답률이 낮아질 수 있으므로 설문지를 최대한 간단하게 구성하고자 노력함.

〈표 2-5-34〉서울형 유급병가지원 제도 신청자 설문지 구성

구분	변수명	문항번호	비고
일반적 특성	교육수준	40	현재
	결혼상태	7, 24	수혜(신청) 전, 현재
	자녀유무	8, 25	수혜(신청) 전, 현재
	가구원 수	41	현재
건강수준	자기보고 건강	4, 22	수혜(신청) 전, 현재
	삶의 만족도	5, 23	수혜(신청) 전, 현재
	우울	6, 13	수혜(신청) 전, 올해
의료이용	미충족의료	14, 14-1, 14-2,	올해(2021.01~현재)
	이용 서비스	15, 15-1,	올해(2021.01~현재)
건강문제로 인한 소득손실	임금 손실	31	질병 발생 전후
	총 의료비 지출	32, 33	질병 발생 전후
	기타소득 손실(교통비, 간병비 등)	34, 36	질병 발생 이후
	대출(지인, 금융기관)	37, 37-1	질병 발생 이후
	자산 처분	38	질병 발생 이후
	민간보험금 수령액(가입 시)	39, 39-1, 39-2, 39-3	현재, 질병 발생 이전

구분	변수명	문항번호	비고
직업관련	직업 만족도	1, 17	수혜(산정) 전, 현재
	업무 만족도	2, 18	수혜(산정) 전, 현재
	무단결근	10	음액(2021.01~현재)
	프레젠틀즘	3, 11	수혜(산정) 전, 음액
	이직 의도	19	현재
	직장 이동 횟수	12	음액(2021.01~현재)
	직장 복귀	29	수혜(산정) 후
	복귀 소요 시간	29-1	수혜(산정) 후
	고용형태	20	현재
	임금 변화	30	수혜(산정) 전후
가구	(주 직장 제외)부수입 일자리 여부	21	현재
	생계 곤란 경험	9, 16	수혜(산정) 전, 음액
	배우자 건강 상태	7-1, 24-1	수혜(산정) 전, 현재
	배우자 관계 만족	7-2, 24-2	수혜(산정) 전, 현재
	자녀 건강 상태	8-1, 25-1	수혜(산정) 전, 현재
제도이용	제도 파악 및 이해 소요 시간	26	이용 당시
	제도 신청 소요 시간(이동시간, 서류작성 포함)	27, 35	이용 당시
	제도 만족 이유	28	이용 당시

## 260 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

## 나. 설문 기초 통계

〈표 2-5-35〉 수혜자/탈락자별 고용적 효과 항목 기초통계량 - 연령별 층화

수혜 여부(n=1,843) / 연령별	60세 미만(n=1,297)				p-value	60세 이상 (n=546)				p-value
	수혜자 (n=1,454)		탈락자 (n=389)			수혜자 (n=1,454)		탈락자 (n=389)		
	Mean (N)	SD (%)	Mean (N)	SD (%)		Mean (N)	Sd (%)	Mean (N)	Sd (%)	
직장/직업 만족도	3.62	0.87	3.27	0.91	<0.001	3.64	0.91	3.17	1.00	<0.001
직장/직업 만족도	3.22	0.81	3.24	0.77	0.85	3.10	0.72	3.11	0.74	0.74
업무만족도	3.52	0.79	3.37	0.70	0.004	3.48	0.81	3.27	0.82	0.020
업무만족도	3.26	0.77	3.28	0.76	0.78	3.09	0.69	3.12	0.69	0.66
직장 이동 경험 여부(있음)	220	24.75	66	27.50	0.38	64	17.68	11	12.79	0.78
이동 경력 횟수	1.41	0.90	1.45	0.81	0.71	1.84	1.70	2.18	1.40	0.54
이직의도	401	46.36	94	40.34	0.10	135	37.40	41	45.56	0.16
엡센티즘 경험 여부(있음)	268	30.15	58	24.17	0.07	134	37.02	33	38.37	0.82
프리젠티즘 경험 여부(있음)	917	90.34	242	85.82	0.03	399	90.89	94	87.85	0.34
프리젠티즘경험 빈도 <sup>9)</sup>	한 달에 3~4회	241	26.28	72	29.75	117	29.32	24	25.53	
	한 달에 1~2회	276	30.10	62	25.65	127	31.83	34	36.17	
	두 달에 1~2회	133	14.50	33	13.64	51	12.78	10	10.64	
	세 달에 1~2회	126	13.74	35	14.46	43	10.78	10	10.64	
	여섯 달에 1~2회	141	15.38	40	16.53	61	15.29	16	17.02	0.87
프리젠티즘 경험 여부(있음)	667	75.03	181	75.42	0.90	272	75.14	65	75.58	0.93
프리젠티즘경험 빈도 <sup>9)</sup>	한 달에 3~4회	125	18.74	41	22.65	63	23.16	14	21.54	
	한 달에 1~2회	214	32.08	46	25.41	78	28.68	22	33.85	
	두 달에 1~2회	134	20.09	34	18.78	61	22.43	13	20.00	
	세 달에 1~2회	97	14.54	33	18.23	31	11.40	7	10.77	
	여섯 달에 1~2회	97	14.54	27	14.92	39	14.34	9	13.85	0.95
직장복귀	기존 직장 복귀	831	81.87	214	75.89	362	82.46	88	82.24	
	새로운 직장 취업/개업	97	9.56	36	12.77	36	8.20	8	7.48	
	복귀하지 못함/폐업	87	8.57	32	11.35	41	9.34	11	10.28	0.93

☐ : 서울형 유급병가지원 제도 신청 또는 수혜 이전  
☐ : 서울형 유급병가지원 제도 신청 또는 수혜 이후(현재)  
<sup>9)</sup>프리젠틀즘 경험이 있다고 응답한 수혜자와 탈락자 대상

## 5. 사회적 비용 및 편익 분석

### 가. 수혜자 관점에서 소득보장 효과 분석

#### 1) 건강보험공단 DB를 활용한 의료이용량 비교

□ 서울형 유급병가제도의 수혜자 관점에서 비용편익 분석을 하기 위해 건강보험공단 의료이용 관련 자료 및 자체 설문조사 결과를 모두 활용하였음. 예를 들어, 의료비용의 경우 설문조사를 통해 문의한 총 의료비 지출액과 건강보험공단 코호트 DB의 진료내역에서 본인부담금으로 확인이 가능 함. 두 자료는 각각 장단점이 있는데, 설문조사는 비급여 항목을 포함하여 본인이 지출한 의료비에 대하여 응답했다는 장점이 있으며, 반면 자가 보고이기 때문에 과대추정될 수 있다는 문제가 있음. 반면, 건강보험공단 코호트 DB는 객관성을 갖는다는 장점이 있음.

□ 먼저 건강보험공단 코호트 DB의 진료내역에서 의료이용 횟수와 의료비용을 함께 분석하여 제시하였음. 본 자료에서는 서울형 유급병가제도를 신청한 사람 이외에 제도 이용의 자격조건은 갖추었음에도 불구하고 신청하지 않은 대상자들에 대한 특성을 파악해 볼 수 있음. 따라서 신청자, 탈락자, 그리고 비신청자의 세 그룹에 따른 의료이용 특성 차이를 확인하였음.

□ 서울형 유급병가의 수혜자와 탈락자, 그리고 서울시에 거주하는 중위소득 100% 이하의 지역가입 근로자 중 입원 또는 검진서비스를 이용한 사람 중에서 제도를 신청하지 않은 비신청자 등 세 그룹으로 구분하고 집단별 의료이용 횟수 및 의료비용의 값을 비교분석한 결과는 다음의 표와 같음.

〈표 2-5-36〉 2019년도 수혜자, 탈락자, 비신청자별 의료이용횟수와 의료비용 기초통계량

(단위: 일, 원)

연도/집단		2019년도						
		수혜자 (n=3,409)		탈락자 (n=738)		비신청자 (n=978,395)		p-value
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
의료이용 횟수	입내원일수	1.68	2.99	1.69	3.27	1.38	2.82	<.001
	요양일수	3.01	7.36	3.01	6.97	2.21	6.42	<.001
의료비용	총 의료비용	6,192,743	14,688,128	6,386,647	10,192,243	1,889,908	6,720,286	<.001
	본인부담금	1,096,969	1,510,695	1,161,470	1,367,440	377,887	959,160	<.001
	공단부담금	5,086,783	13,569,398	5,216,306	9,131,014	1,506,139	5,928,043	<.001

〈표 2-5-37〉 2020년도 수혜자, 탈락자, 비신청자별 의료이용횟수와 의료비용 기초통계량

(단위: 일, 원)

연도/집단		2020년도						
		수혜자 (n=3,409)		탈락자 (n=738)		비신청자 (n=978,395)		p-value
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
의료이용 횟수	입내원일수	2.00	3.65	1.99	3.69	1.27	2.79	<.001
	요양일수	3.80	8.43	3.96	8.76	2.24	6.70	<.001
의료비용	총 의료비용	7,207,305	13,959,805	6,604,492	10,535,611	1,993,121	6,811,507	<.001
	본인부담금	1,232,068	1,647,788	1,197,797	1,508,672	397,778	1,011,075	<.001
	공단부담금	5,967,731	12,701,689	5,399,251	9,359,462	1,589,417	5,972,555	<.001

자료: 건강보험공단 맞춤형 DB

□ 분석 결과, 비신청자는 수혜자와 탈락자에 비해 의료이용량과 의료비용이 통계적으로 유의미하게 적은 것을 확인할 수 있음. 2020년 기준, 입내원일수는 수혜자 2일, 탈락자 1.99일인 반면 비신청자는 1.27일이며, 입원기간을 포함한 요양일수 역시 수혜자 3.8일, 탈락자 3.96일인 데 비해 비신청자는 2.24일로 하루 이상 적은 것으로 나타남. 의료비용 중 본인부담금을 보면, 수혜자는 연간 1,232,068원, 탈락자는 1,197,797원에 비해 비신청자는 397,778원으로 매우 낮음. 따라서 상대적으로 의료이용량이 적은 경우에 '서울형 유급병가' 제도를 신청할 확률이 낮을 가능성을 예측할 수 있음.

#### 2) 설문조사를 통한 수혜자 소득보장 효과 분석

□ 본 파트에서는 2019년도부터 2020년도까지 2개년도 간 서울형 유급병가제도를 신청한 사람을 대상으로 설문조사 한 결과를 바탕으로 1인당 지출된 비용과 발생한 편익 항목을 산출하고, 수혜자와 탈락자 그룹별로 1인당 평균 비용편익 값을 비교분석함. 그리고 소득변화량 대비 서울형 유급병가 지원금 수혜의 보장률을 파악하였음.

□ 수혜자 및 탈락자의 1인당 비용편익을 산출하기 위해서는 비용과 편익의 항목을 선정하고, 각각의 값을 먼저 산출해야 함.

〔그림 2-5-16〕 수혜자 관점의 비용편익 항목



□ 비용 항목은 질병으로 인해 근로를 하지 못하여 발생한 소득상실 비용(일부 소득이 증가한 경우 있음), 해당 질병으로 의료기관을 이용 시 지출된 교통비(1회 평균 교통비 $\times$ 총 의료이용 횟수), 의료기관을 이용 시 왕복 이동으로 인해 소요된 시간( $x$ 시간당 평균 소득액), 해당 질병으로 인해 발생한 총 간병비, 서울형 유급병가제도를 신청하기 위해 제도를 알아보고, 신청하는데 소요된 시간( $x$ 시간당 평균 소득액) 등의 항목으로 제한하여 추계하였음(총 의료비 및 사보험료 및 보험수혜금 등의 의료서비스 이용 및 건강보험 외의 보장성 보험 가입을 위한 지출은 제외하였음).

□ 편익은 유급병가 제도 신청자 중 실 수혜자에게만 발생하는 것으로 가정하여 수혜자 실 수령액을 기준으로 추계하였음.

#### 가) 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계

□ 질병발생 이후 수혜자 대비 탈락자에서 총 의료비 지출이 더 적었으나, 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않음. 반면, 질병발생 이후 질병을 치료하기 위해 의료시설을 1회 방문하기 위해 소요되는 평균 교통시간이 수혜자는 평균 80.5분인 반면 탈락자는 평균 103.6분으로 통계적으로 유의미하게 더 많은 시간이 소요됨.

〈표 2-5-38〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(전체)

(단위: 천 원, 분)

항 목		수혜자 (n=1,454)				탈락자 (n=389)				p-value
		Mean	SD	최소값	최댓값	Mean	SD	최소값	최댓값	
의료비지출 (질병발생전)		799.2	4,101.5	0	100,000	978.5	3,606.4	0	50,000	0.216
의료비지출 (질병발생후)		1,103.1	3,900.1	0	80,000	1,053.5	2,960.0	0	35,000	0.592
월평균 근로소득 변화량	증가액 (n=35/9)	504.8	741.2	1	4,000	967.7	951.3	1	3,000	0.061
	감소액 (n=363/99)	1,479.6	3,478.3	1	35,000	1,225.8	2,386.8	1	20,000	0.753
총 간병비용(질병발생후)		230.1	1,739.7	0	50,000	371.4	2,967.1	0	50,000	0.115
1회 평균 교통비용 (질병발생후)		39.0	216.4	0	7,000	37.8	127.1	0	2,000	0.541
1회 평균 교통소요시간 (질병발생후)		80.5	172.4	1	3,000	103.6	344.9	5	5,940	0.033
제도신청 소요시간		702.7	1,235.4	1	5,999	497.7	962.2	3	5,940	0.999

□ 제도신청 경로에서 수혜자는 대면으로 신청한 경우가 76.82%로 탈락자(65.55%)보다 대면 신청 비율이 더 높았음.

〈표 2-5-39〉 수혜자 및 탈락자의 제도신청 경로(전체)

항 목		수혜자 (n=1,454)		탈락자 (n=389)		p-value
		N	%	N	%	
제도 신청 경로	대면	1,117	76.82	255	65.55	0.000
	비대면	306	21.05	121	31.11	
	기타	31	2.13	13	3.34	

□ 성별에 따른 수혜자와 탈락자 그룹별 비용 및 편익 항목 변수의 기초통계 분석 결과는 다음의 표와 같음.

○ 남성 총 933명 중에서 질병 발생 이전에는 의료비 지출에 그룹 간 유의미한 차이가 없었으나, 질병발생 이후 수혜자(805,965원) 보다 탈락자(1,244,712원)의 의료비 지출이 유의미하게 더 큰 것으로 나타남. 또한, 질병 발생 이후 1회 평균 교통소요시간 역시 수혜자는 평균 70.9분인 반면 탈락자는 평균 111.9분으로 더 많은 시간이 소요됨.

〈표 2-5-40〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(남성)

(단위: 천 원, 분)

항 목		수혜자 (n=739)				탈락자 (n=194)				p-value
		Mean	SD	최소값	최댓값	Mean	SD	최소값	최댓값	
의료비지출 (질병발생전)		802.9	4,411.1	0	100,000	889.4	2,186.6	0	20,000	0.396
의료비지출 (질병발생후)		806.0	2,372.4	0	30,000	1,244.7	2,978.9	0	30,000	0.015
월평균 근로소득 변화량	증가액 (n=15/4)	793.3	1,014.5	10	4,000	927.5	1,419.9	1	3,000	0.415
	감소액 (n=164/43)	1,921.6	4,157.6	1	30,000	1,125.7	1,460.0	60	7,000	0.891
총 간병비용(질병발생후)		272.1	2,222.6	0	50,000	374.1	2,156.8	0	21,000	0.284
1회 평균 교통비용 (질병발생후)		35.7	143.2	0	3,000	41.8	166.8	0	2,000	0.305
1회 평균 교통소요시간 (질병발생후)		70.9	92.1	1	1,800	111.9	449.7	0	2,000	0.011
제도신청 소요시간		571.1	1,085.2	2	5,940	542.5	1,086.3	5	5,940	0.628

□ 제도신청 경로에서 탈락자는 64.95%인 반면, 수혜자는 대면으로 신청한 경우가 76.45%로 대면 신청 비율이 더 높았음.

〈표 2-5-41〉 수혜자 및 탈락자의 제도신청 경로(남성)

항 목		수혜자 (n=739)		탈락자 (n=194)		p-value
		N	%	N	%	
제도 신청경로	대면	565	76.45	126	64.95	0.004
	비대면	157	21.24	63	32.47	
	기타	17	2.3	5	2.58	

□ 여성 총 910명 중에서 총 의료비는 그룹간 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았음. 반면, 대부분은 근로소득이 감소하였지만, 일부 근로소득이 증가한 집단에서 수혜자와 탈락자 간의 증가량 차이가 유의미하게 나타났음. 근로소득이 증가했다고 응답한 신청자 중에서 탈락자는 평균 월 1,000,000원 증가한 반면, 수혜자는 평균 월 288,534원으로 상당히 적은 폭으로 증가한 것을 알 수 있음.

〈표 2-5-42〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(여성)

항 목		수혜자 (n=715)				탈락자 (n=195)				p-value
		Mean	SD	최솟값	최댓값	Mean	SD	최솟값	최댓값	
의료비지출 (질병발생전)		795.3	3,758.1	0	80,000	1,067.2	4,608.8	0	50,000	0.198
의료비지출 (질병발생후)		1,410.1	4,995.9	0	80,000	863.4	2,936.4	0	35,000	0.928
월평균 근로소득 변화량	증가액 (n=20/5)	288.5	331.6	40	1,000	1,000.0	543.1	500	1,800	0.001
	감소액 (n=199/56)	1,115.4	2,755.7	1	35,000	1,302.6	2,917.0	1	20,000	0.329
총 간병비용(질병발생후)		186.6	1,024.7	0	15,000	368.8	3,602.7	0	50,000	0.117
1회 평균 교통비용 (질병발생후)		42.5	272.3	0	7,000	33.9	67.6	0	500	0.668
1회 평균 교통소요시간 (질병발생후)		90.3	226.9	3	3,000	95.5	194.7	10	1,800	0.384
제도신청 소요시간		838.7	1,361.0	1	5,999	453.2	820.8	3	4,320	1.000

□ 제도신청 경로에서 수혜자는 대면으로 신청한 경우가 77.2%로 탈락자(66.67%)보다 대면 신청 비율이 더 높았음.

〈표 2-5-43〉 수혜자 및 탈락자의 제도신청 경로(여성)

항 목		수혜자 (n=715)		탈락자 (n=195)		p-value
		N	%	N	%	
제도신청 경로	대면	552	77.20	130	66.67	0.009
	비대면	149	20.84	58	29.74	
	기타	14	1.96	7	3.59	

□ 연령에 따른 수혜자와 탈락자 그룹별 비용 및 편익 항목 변수의 기초통계 분석 결과는 다음의 표와 같음.

○ 60세 미만의 신청자 총 1,297명 중에서 의료비 지출 및 월평균 근로소득 변화량 등에 대해 그룹간 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않음.

〈표 2-5-44〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(60세 미만)

항 목		수혜자 (n=1,015)				탈락자 (n=282)				p-value
		Mean	SD	최솟값	최댓값	Mean	SD	최솟값	최댓값	
의료비지출 (질병발생전)		692.9	3,425.5	0	80,000	695.1	1,727.1	0	12,000	0.496
의료비지출 (질병발생후)		1,090.9	4,199.8	0	80,000	879.7	1,881.0	0	12,000	0.794
월평균 근로소득 변화량	증가액 (n=8/25)	658.8	820.4	40	4,000	963.7	1,017.0	1	3,000	0.197
	감소액 (n=219/63)	1,812.1	4,200.2	1	35,000	1,462.7	2,938.3	1	20,000	0.731
총 간병비용(질병발생후)		205.5	1,856.2	0	50,000	116.2	470.7	0	4,000	0.788
1회 평균 교통비용 (질병발생후)		42.0	251.8	0	7,000	35.6	88.0	0	1,000	0.660
1회 평균 교통소요시간 (질병발생후)		78.9	200.2	3	3,000	105.3	398.4	5	5,940	0.064
제도신청 소요시간		757.8	1,298.1	1	5,999	511.1	1,008.3	5	5,940	0.998

□ 제도신청 경로에서 수혜자는 대면으로 신청한 경우가 76.06%, 탈락자는 65.25%로 대면 신청 비율이 더 높았음.

〈표 2-5-45〉 수혜자 및 탈락자의 제도신청 경로(60세 미만)

항 목		수혜자 (n=1,015)		탈락자 (n=282)		p-value
		N	%	N	%	
제도 신청경로	대면	772	76.06	184	65.25	0.001
	비대면	227	22.36	93	32.98	
	기타	16	1.58	5	1.77	

□ 60세 이상의 고령 신청자 총 546명 중에서는 질병발생 이후 총 간병비용에서 통계적으로 유의미한 차이가 나타남. 제도 수혜자는 평균 286,800원의 간병비용을 사용한 반면, 탈락자는 평균 1,044,065원을 지출하며 상당한 차이를 보임. 질병발생 이후 1회 평균 교통소요시간 역시 수혜자는 평균 83.9분인 반면 탈락자는 평균 99.3분으로 더 많은 시간이 소요됨.

〈표 2-5-46〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(60세 이상)

항 목		수혜자 (n=493)				탈락자 (n=107)				p-value
		Mean	SD	최솟값	최댓값	Mean	SD	최솟값	최댓값	
의료비지출 (질병발생전)		1,045.0	5,343.8	0	100,000	1,725.5	6,238.8	0	50,000	0.127
의료비지출 (질병발생후)		1,131.0	3,104.7	0	30,000	1,511.8	4,732.8	0	35,000	0.156
월평균 근로소득 변화량	증가액 (n=10/1)	120.1	225.1	10	700	1,000.0		1,000	1,000	-
	감소액 (n=144/36)	973.9	1,818.2	1	20,000	811.3	616.1	1	2,000	0.701
총 간병비용(질병발생후)		286.8	1,435.4	0	20,000	1,044.1	5,568.4	0	50,000	0.006

항 목	수혜자 (n=493)				탈락자 (n=107)				p-value
	Mean	SD	최솟값	최댓값	Mean	SD	최솟값	최댓값	
1회 평균 교통비용 (질병발생후)	32.2	92.5	0	1,200	43.6	196.2	0	2,000	0.190
1회 평균 교통소요시간 (질병발생후)	83.9	75.5	1	740	99.3	114.9	5	900	0.048
제도신청 소요시간	575.6	1,067.3	1	5760	462.6	831.8	5	900	0.847

□ 제도신청 경로 역시 수혜자는 대면으로 신청한 경우가 78.59%, 탈락자는 67.29%로 대면 신청 비율이 더 높았고, 특히 고연령 집단에서 그 차이가 더 크게 나타남.

〈표 2-5-47〉 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목 기초통계량(60세 이상)

항 목		수혜자 (n=493)		탈락자 (n=107)		p-value
		N	%	N	%	
제 도 신 청 경로	대면	345	78.59	72	67.29	0.040
	비대면	79	18	28	26.17	
	기타	15	3.42	7	6.54	

#### 나) 수혜자의 소득보장 효과 분석

□ 수혜자 및 탈락자 그룹별 1인당 비용편익 분석 결과는 다음의 표와 같음.

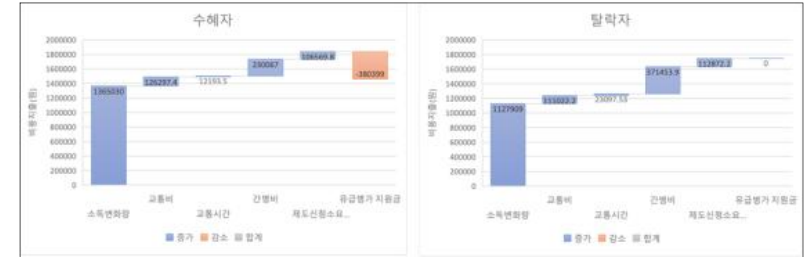
○ 설문조사 결과, 서울형 유급병가제도 신청자 중에서 수혜자는 총 1,454명, 탈락자는 389명이었음. 통계적으로 유의미하지는 않았으나 질병 발생 이후 수혜자 1인당 평균 지출비용은 1,840,157원으로 탈락자 1인당 평균 지출비용인 1,746,355원에 비해 더 높았음. 또한, 수혜자는 탈락자와 달리 서울형 유급병가 지원금인 1인 평균 380,468원의 편익이 발생하였음.

〈표 2-5-48〉 수혜자 및 탈락자의 1인당 비용편익 산출

	수혜자 (n=1,454)				탈락자 (n=389)				p-value
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max	
비용	1,840	7,044	-47,800	63,400	1,746	7,491	-35,900	61,600	0.409
편익	380	309	81	925	0	0	0	0	<.001
NET	-1,459	6,993	-62,500	48,400	-1,746	7,491	35,900	-61,600	0.241

□ 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별로 변화량을 살펴보면 다음과 같음.

〔그림 2-5-17〕 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량



○ 비용 지출항목 중에서 소득상실로 인한 지출이 가장 컸으며, 탈락자(74.18%)보다 수혜자(64.58%)에서 소득상실액이 더 크게 나타남. 수혜자의 경우 유급병가 지원금을 통해서 총 지출 대비 약 20.67%의 보장을 받았으며, 지출의 가장 큰 비중을 차지하는 소득상실액을 기준으로 하는 약 27.87% 보장받는 효과를 확인할 수 있었음.

□ 성별에 따른 수혜자와 탈락자 그룹별 1인당 비용편익 분석 결과는 다음의 표와 같음(표 2-5-50).

○ 설문조사에 응답한 신청자 중에서 남성은 933명, 여성은 910명이었음. 남성 중에서 수혜자는 총 739명, 탈락자는 194명이고, 여성 중에서 수혜자는 총 715명, 탈락자는 195명임. 통계적으로 유의미하지는 않았으나 남성 중에서는 탈락자 대비 수혜자의 비용지출이 더 높았으나, 반면 여성 중에서는 수혜자 대비 탈락자의 비용지출이 더 컸음. 또한, 여성 집단 중 통계적으로 유의미한 수준에서 탈락자 대비 수혜자의 편익이 더 크게 나타났음( $p=0.050$ ).

□ 성별에 따라 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별로 변화량을 살펴보면 다음과 같음.

○ 남성의 경우, 전체 양상과 유사하게 탈락자(60.21%) 보다 수혜자(76.08%)에서 소득상실액이 더 크게 나타났음. 여성은 탈락자 집단에서 절대적인 소득상실액은 더 크게 나타났으나, 비용지출 대비 소득상실액 비중은 역시 탈락자(68.20%) 보다 수혜자(71.61%) 집단에서 소득상실액이 더 크게 나타남. 또한 수혜자의 총 비용 지출 대비 유급병가 지원금의 편익 효과는 남성 약 17.98%, 여성 약 24.30%의 보장을 받았으며, 소득상실로 인한 지출 기준으로는 남성 약 23.64%, 여성 약 33.93%으로 수혜자 여성의 보장률이 더 높은 것으로 나타났는데, 이는 남성 대비 여성의 소득수준이 낮기 때문에 소득상실액이 상대적으로 적은 것을 원인으로 고려해 볼 수 있음.

□ 연령에 따른 수혜자와 탈락자 그룹별 1인당 비용편익 분석 결과는 다음의 표와 같음.

○ 설문조사에 응답한 신청자 중에서 60세 미만은 1,297명, 60세 이상은 546명이었음. 60세 미만 중에서 수혜자는 총 1,015명, 탈락자는 282명이고, 60세 이상 중에서 수혜자는 총 439명, 탈락자는 107명이었음. 수혜자와 탈락자 모두에서 60세 미만에 비해 60세 이상의 비용 지출이 눈에 띄게 높은 것을 확인할 수 있음. 통계적으로 유의미하지는 않았으나 60세 미만 집단에서는 탈락자 대비 수혜자의 비용 지출이 더 높았으나, 반면 60세 이상에서는 수혜자 대비 탈락자의 비용 지출이 더 컸음. 또한 60세 이상 노인 집단 중 통계적으로 유의미한 수준에서 탈락자 대비 수혜자의 편익이 더 크게 나타났음( $p=0.028$ ).

□ 연령에 따라 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별로 변화량을 살펴보면 다음과 같음.

○ 60대 미만의 경우, 전체 양상과 유사하게 탈락자(71.77%)보다 수혜자(73.96%)에서 소득상 실액이 더 크게 나타났음. 60세 이상 노인에서 탈락자 집단은 절대적인 소득상실액은 더 크게 나타났으나, 탈락자(56.55%) 대비 수혜자(74.61%) 집단에서 전체 비용 대비 소득상실액의 비중은 더 크게 나타남. 또한 수혜자의 총 지출 대비 유급병가 지원금 편익 효과는 60세 미만은 약 20.54%, 60세 이상 노인은 약 20.91%의 보장을 받았으며, 소득상실로 인한 지출 기준, 60세 미만은 약 27.78%, 60세 이상 노인은 약 28.03%으로 유사한 수준에서 소득상실액을 상쇄시키는 효과가 나타남.

□ 의료이용에 있어 입원과 검진은 의료이용량과 의료비 지출 패턴에 차이를 보이므로 구분하여 살펴볼 필요가 있음. 또한 입원 이용 기간에 따라서 질병의 중증도를 추정할 수 있음. 이에 입원서비스를 연 1회 이상 이용한 대상자를 선정하여 입원기간에 따라 수혜자와 탈락자 그룹별 1인당 비용편익 분석 결과를 제시하였음.

○ 설문조사에 응답한 신청자 중에서 입원서비스만 이용한 대상자는 총 1,149명이었음. 이 중 입원일수가 총 10일 미만인 사람은 758명, 10일 이상 입원한 사람은 391명이었음. 10일 미만 입원자 중 수혜자는 총 588명, 탈락자는 170명이고, 10일 이상 입원자 중에서 수혜자는 총 293명, 탈락자는 98명임. 통계적으로 유의미하지는 않았으나 10일 미만과 10일 입원자 모두 탈락자 대비 수혜자의 비용지출이 더 높았음. 또한 수혜자들의 비용지출 대비 편익 비율은 10일 미만의 단기입원자는 24.61%, 10일 이상의 장기입원자는 19.05%였음.

□ 입원기간에 따라 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별로 변화량을 살펴보면 다음과 같음.

○ 대표적인 편익으로 유급병가 지원금은 입원일수에 근거하여 지급되므로 10일 미만의 단기 입원자 대비 10일 이상의 장기입원자에서 약 2배의 수혜편익의 차이를 보임. 그럼에도 불구하고 장기입원자들의 질병으로 인한 소득감소량도 상대적으로 크기 때문에 소득상실액 대비 수혜금의 상쇄정도는 단기입원자 31.66% 대비 장기입원자는 25.08%로 조금 더 낮았음.

○ 또한 입원이용자 중 질병 유형에 따라서 비용편익에 차이가 있을 수 있음. 따라서 입원서비스를 연 1회 이상 이용한 대상자 중 질병 유형에 따라 수혜자와 탈락자 그룹별 1인당 비용편익 분석 결과를 제시하였음(표 2-5-52). 질병 유형은 상위 빈도 순으로 근골격계, 신생물, 그리고 기타의 세 집단으로 구분함.

○ 입원서비스 이용자 중 근골격계 질환은 388명, 신생물은 143명, 그 외 기타는 618명 이었음. 모든 질환에서 탈락자 대비 수혜자의 비용지출이 더 컸으며, 특히 신생물 질환자에서 탈락자는 연 평균 4,842,426원 지출 대비 수혜자는 연 평균 6,299,700원을 지출하면서 비용 차이가 가장 크게 나타남. 반면, 편익은 근골격계 질환자에서 연 평균 627,586원으로 가장 큰 수혜를 본 것으로 나타남. 따라서 총 비용 대비 편익 비중은 근골격계 질환자에서 33.2%로 가장 높았고, 기타 질환자 23.42%, 그리고 신생물 환자가 9.24%로 눈에 띄게 낮았음.

□ 질병 유형에 따라 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별로 변화량을 살펴보면 다음과 같음.

○ 비용 지출과 수혜 편익을 항목별로 살펴보면, 특히 신생물 환자 집단에서 연 평균 소득감소량이 매우 크게 나타남. 이에 유급병가 지원금이 소득감소량을 상쇄시켜주는 효과 역시 근골격계 질환자 47.13%, 기타 질환자 31.51%인 반면, 신생물 환자가 10.78%로 가장 낮게 나타남.

〈표 2-5-49〉 성별에 따른 수혜자/탈락자별 1인당 비용편익 산출

(단위: 천 원)

	남성 (n=933)									여성 (n=910)								
	수혜자 (n=739)				탈락자 (n=194)				p-value	수혜자 (n=715)				탈락자 (n=195)				p-value
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max		mean	SD	min	max	mean	SD	min	max	
비용	2.079	8.409	-47,800	63,400	1.584	7.283	-35,900	61,000	0.226	1.592	5.269	-12,000	61,600	1.907	7.708	-17,800	61,600	0.746
편익	374	309	81	925	0	0	0	0	<.001	386	309	81,180	925	0	0	0	0	<.001
NET	-1.705	8.348	-62,500	48,400	-1.584	-7.283	35,900	-61,000	0.573	-1.205	5.230	-61,100	12,100	-1.907	-7.708	17,800	-61,600	0.050

〈표 2-5-50〉 연령에 따른 수혜자/탈락자별 1인당 비용편익 산출

(단위: 천 원)

	60세 미만 (n=1,297)									60세 이상 (n=546)								
	수혜자 (n=1,015)				탈락자 (n=282)				p-value	수혜자 (n=439)				탈락자 (n=107)				p-value
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max		mean	SD	min	max	mean	SD	min	max	
비용	1.745	7.425	-47,800	63,400	1.271	6.949	-35,900	61,600	0.168	2.058	6.075	-8,077	59,100	2.997	8.674	-11,200	56,700	0.942
편익	358	303	81	925	0	0	0	0	<.001	430	316	81	925,980	0	0	0	0	<.001
NET	-1.386	7.376	-62,500	48,400	-1.271	-6.949	35,900	-61,600	0.593	-1.628	6.017	-58,200	8,919	-2.997	-8.674	11,200	-56,700	0.028

〈표 2-5-51〉 입원이용자의 입원기간에 따른 수혜자/탈락자별 1인당 비용편익 산출

(단위: 천 원)

	단기입원자(10일 미만) (n=758)									장기입원자(10일 이상) (n=391)								
	수혜자 (n=588)				탈락자 (n=170)				p-value	수혜자 (n=293)				탈락자 (n=98)				p-value
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max		mean	SD	min	max	mean	SD	min	max	
비용	1.821	7.143	-47,800	61,600	1.611	4.708	-5,486	36,100	0.359	4.339	10,900	-23,300	63,400	3.497	11,500	-17,800	61,600	0.257
편익	448	208	81	925	0	0	0	0	<.001	826	73	81	925	0	0	0	0	<.001
NET	-1.373	7.131	-61,100	48,400	-1.606	4.709	-36,100	5,486	0.344	-3.512	-10,826	23,381	-62,474	-3,497	-11,500	17,800	-61,600	0.505

## 272 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

〈표 2-5-52〉 입원이용자의 질병 유형에 따른 수혜자/탈락자별 1인당 비용편익 산출

(단위: 천 원)

	근골격계 질환 (n=388)									신생물 (n=143)								
	수혜자 (n=300)				탈락자 (n=88)				p-value	수혜자 (n=110)				탈락자 (n=33)				p-value
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max		mean	SD	min	max	mean	SD	min	max	
비용	1.890	5.987	-47,800	41,600	1.227	4.392	-17,800	19,200	0.168	6.299	14,600	-11,900	61,600	4.842	11,200	-5,486	51,300	0.299
편익	627	252	81	925	0	0	0	0	<.001	582	233	81	892	0	0	0	0	<.001
NET	-1.262	-5.735	47,881	-40,674	-1.227	-4.392	17,800	-19,200	0.526	-5.717	-14,366	11,981	-60,707	-4,842	-11,200	5,486	-51,300	0.624

(계속)

	기타 (n=618)								p-value
	수혜자 (n=471)				탈락자 (n=147)				
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max	
비용	2.297	7.985	-11,600	63,400	2.373	8.608	-14,300	61,600	0.539
편익	538	246	81	925	0	0	0	0	<.001
NET	-1.759	-7.739	11,681	-62,474	-2.373	-8.608	14,300	-61,600	0.212



[그림 2-5-18] 성별에 따른 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량



[그림 2-5-20] 입원이용자의 입원기간에 따른 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량

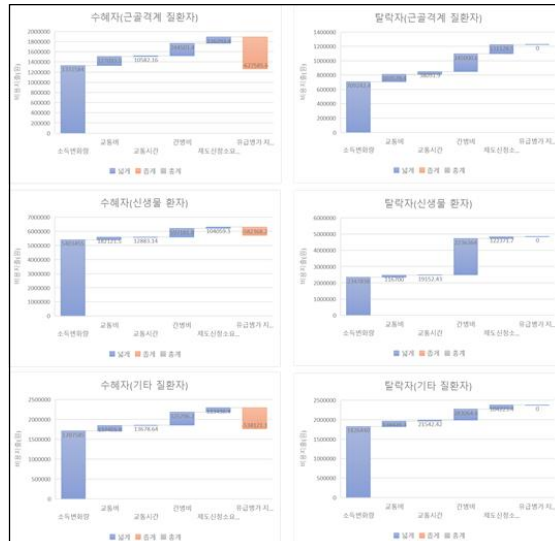


[그림 2-5-19] 연령에 따른 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량



274 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

[그림 2-5-21] 입원이용자의 질병 유형에 따른 수혜자 및 탈락자의 비용편익 항목별 변화량



다) 기타 지출비용에 따른 주요 특성 비교 분석

□ 민간보험 가입 여부에 따른 주요 특성 분석

○ 서울형 유급병가제도 신청자 중에서 민간보험에 가입한 사람은 77.37%(1,426명), 미가입자는 22.63%(417명)임(표 2-5-53).

〈표 2-5-53〉민간보험 가입 여부에 따른 빈도분석

민간보험 가입 여부	N	%
있음	1,426	77.37
없음	417	22.63
총	1,843	100.00

- 민간보험 미가입자는 질병 발생 전에 연 평균 697,990원의 의료비를 지출한 반면, 민간보험 가입자는 연 평균 877,710원으로 의료비 지출량이 조금 더 높은 편이었음. 질병 발생 이후에는 의료비 지출량이 폭이 더 커졌으며, 민간보험 미가입자는 761,508원, 가입자는 1,189,422원을 지출하였음.

〈표 2-5-54〉민간보험 가입 여부에 따른 질병 전·후 의료비

(단위: 천 원)

	민간보험 있음				민간보험 없음			
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max
질병 전 의료비	877	3,632	0	80,000	697	5,067	0	100,000
질병 후 의료비	1,189	4,041	0	80,000	761	2,286	0	30,000

- 민간보험 가입 여부에 따른 질병 유형의 빈도를 살펴보면, 전체적으로 근골격계 질환으로 인한 질병이 가장 높았으며(34.04%), 다음으로 민간보험 미가입자의 경우에는 소화 계통 질환(15.53%), 민간보험 가입자는 신생물(13.57%)로 차이가 나타났음.

〈표 2-5-55〉민간보험 가입 여부에 따른 질병 유형

(단위: 명)

질병유형	전체		민간보험 있음		민간보험 없음	
	N	%	N	%	N	%
감염성 및 기생충성 질환	22	1.93	20	2.17	2	0.91
귀 및 유도의 질환	16	1.40	16	1.74	0	0.00
근골격계 질환	388	34.04	315	34.20	73	33.33
내분비, 영양, 대사질환	21	1.84	16	1.74	5	2.28
눈 및 눈 부속기 질환	23	2.02	17	1.85	6	2.74
비노생식계통질환	76	6.67	56	6.08	20	9.13
소화 계통 질환	135	11.84	101	10.97	34	15.53
손상, 중독, 외인에 의한 질환	89	7.81	78	8.47	11	5.02
순환계통 질환	64	5.61	47	5.10	17	7.76
신경계통 질환	72	6.32	54	5.86	18	8.22
신생물	143	12.54	125	13.57	18	8.22
임신, 출산, 산후기 질환	17	1.49	15	1.63	2	0.91
정신 및 행동장애	7	0.61	5	0.54	2	0.91
출생전후기에 기원한 질환	1	0.09	1	0.11	0	0.00
피부관련 질환	12	1.05	8	0.87	4	1.83
혈액/조혈기관/면역장애	9	0.79	9	0.98	0	0.00
호흡계통 질환	45	3.95	38	4.13	7	3.20
총	1,140	100.00	921	100.00	219	100.00

- 민간보험 가입 여부에 따른 종사상 지위를 살펴보면, 전체적으로 사업소독자(41.24%), 특수고용직(18.12%), 일용직(13.89%) 순이었으며, 민간보험 미가입자의 경우 무직(9.35%)의 비중이 상대적으로 높은 편이었음.

〈표 2-5-56〉민간보험 가입 여부에 따른 종사상 지위

(단위: 명)

종사상 지위	전체		민간보험 있음		민간보험 없음	
	N	%	N	%	N	%
일용직	256	13.89	198	13.88	58	13.91
특수고용직	334	18.12	262	18.37	72	17.27
사업소독자	760	41.24	598	41.94	162	38.85
상용직	116	6.29	90	6.31	26	6.24
임시직	121	6.57	88	6.17	33	7.91
무담가족종사자	34	1.84	28	1.96	6	1.44
무직	134	7.27	95	6.66	39	9.35
기타	88	4.77	67	4.70	21	5.04
총	1,843	100.00	1,426	100.00	417	100.00

## □ 대출 경험 여부에 따른 주요 특성 분석

- 서울형 유급병가제도 신청자 중에서 질병 발생 이후 대출 경험이 있는 경우는 48.56%(895명), 대출 경험이 없는 경우는 51.44%(948명)임.

〈표 2-5-57〉대출 경험 여부에 따른 빈도분석

(단위: 명)

대출 경험 여부	N	%
있음	895	48.56
없음	948	51.44
총	1,843	100.00

- 대출 경험이 없는 경우, 질병 발생 전에는 연 평균 517,475원의 의료비를 지출한 반면, 대출 경험이 있는 사람은 연 평균 1,175,542원으로 무려 2배 이상의 의료비 지출을 하였음. 질병 발생 이후에도 대출 경험이 없는 경우 연 평균 734,104원, 대출을 한 사람은 연 평균 1,472,328원을 지출하였음.

〈표 2-5-58〉대출 경험 여부에 따른 질병 전·후 의료비

(단위: 천 원)

	대출 경험 있음				대출 경험 없음			
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max
질병 전 의료비	1,175	5,170	0	100,000	517	2,388	0	50,000
질병 후 의료비	1,472	4,524	0	80,000	734	2,710	0	50,000

- 대출 경험 여부에 따른 질병 유형의 빈도를 살펴보면, 대출 경험이 있는 근로자들이 근골격계 질환(35.00%)과 신경계통 질환(7.73%)의 비중이 상대적으로 더 높은 편이었음.

〈표 2-5-59〉대출 경험 여부에 따른 질병 유형

질병유형	전체		대출 경험 있음		대출 경험 없음	
	N	%	N	%	N	%
감염성 및 기생충성 질환	22	1.93	12	1.82	10	2.08
귀 및 유도의 질환	16	1.40	7	1.06	9	1.88
근골격계 질환	388	34.04	231	35.00	157	32.71
내분비, 영양, 대사질환	21	1.84	13	1.97	8	1.67
눈 및 눈 부속기 질환	23	2.02	13	1.97	10	2.08
비노생식계통질환	76	6.67	39	5.91	37	7.71
소화 계통 질환	135	11.84	80	12.12	55	11.46
손상, 중독, 외인에 의한 질환	89	7.81	52	7.88	37	7.71
순환계통 질환	64	5.61	33	5.00	31	6.46
신경계통 질환	72	6.32	51	7.73	21	4.38
신생물	143	12.54	84	12.73	59	12.29
임신, 출산, 산후기 질환	17	1.49	6	0.91	11	2.29
정신 및 행동장애	7	0.61	4	0.61	3	0.62
출생전후기에 기원한 질환	1	0.09	1	0.15	0	0.00
피부관련 질환	12	1.05	7	1.06	5	1.04
혈액/조혈기관/면역장애	9	0.79	3	0.45	6	1.25
호흡계통 질환	45	3.95	24	3.64	21	4.38
총	1,140	100.00	660	100.00	480	100.00

- 대출 경험 여부에 따른 종사상 지위를 살펴보면, 대출 경험이 있는 경우에는 사업소득자의 비중이 낮고, 일용직(15.31%)과 특수고용직(20.34%)의 비중이 높았음.

〈표 2-5-60〉대출 경험 여부에 따른 종사상 지위

종사상 지위	전체		대출 경험 있음		대출 경험 없음	
	N	%	N	%	N	%
일용직	256	13.89	137	15.31	119	12.55
특수고용직	334	18.12	182	20.34	152	16.03
사업소득자	760	41.24	336	37.54	424	44.73
상용직	116	6.29	43	4.80	73	7.70
임시직	121	6.57	62	6.93	59	6.22
무급가족종사자	34	1.84	18	2.01	16	1.69
무직	134	7.27	77	8.60	57	6.01
기타	88	4.77	40	4.47	48	5.06
총	1,843	100.00	895	100.00	948	100.00

- 자산처분 여부에 따른 주요 특성 분석

- 서울형 유급병가제도 신청자 중에서 질병 발생 이후 자산처분을 한 경우는 10.36%(191명), 자산처분을 하지 않은 경우는 89.64%(1,652명)임(표 2-5-61)임.

〈표 2-5-61〉자산처분 여부에 따른 빈도분석

자산처분 여부	N	%
있음	191	10.36
없음	1,652	89.64
총	1,843	100.00

- 자산처분을 하지 않는 경우, 질병 발생 전에는 연 평균 804,181원의 의료비를 지출한 반면, 질병 발생 이후 자산처분을 한 사람은 연 평균 1,121,310원을 지출하였음. 질병 발생 이후에도 자산처분을 하지 않은 집단은 연 평균 1,008,868원, 자산을 처분한 사람은 연 평균 1,816,824원으로 더 많은 의료비를 지출함.

〈표 2-5-62〉자산처분 여부에 따른 질병 전·후 의료비

(단위: 천 원)

	자산처분 있음				자산처분 없음			
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max
질병 전 의료비	1,121	3,218	0	28,000	804	4,082	0	100,000
질병 후 의료비	1,816	3,950	0	30,000	1,008	3,685	0	80,000

- 자산처분 여부에 따른 질병 유형의 빈도를 살펴보면, 자산처분을 한 근로자들은 상대적으로 근골격계 질환(26.28%) 비중이 낮은 반면, 신생물(17.52%)의 비중이 높았음.

〈표 2-5-63〉자산처분 여부에 따른 질병 유형

질병유형	전체		자산처분 있음		자산처분 없음	
	N	%	N	%	N	%
감염성 및 기생충성 질환	22	1.93	1	0.73	21	2.09
귀 및 유도의 질환	16	1.40	1	0.73	15	1.50
근골격계 질환	388	34.04	36	26.28	352	35.09
내분비, 영양, 대사질환	21	1.84	4	2.92	17	1.69
눈 및 눈 부속기 질환	23	2.02	2	1.46	21	2.09
비노생식계통질환	76	6.67	8	5.84	68	6.78
소화 계통 질환	135	11.84	13	9.49	122	12.16
손상, 중독, 외인에 의한 질환	89	7.81	9	6.57	80	7.98
순환계통 질환	64	5.61	14	10.22	50	4.99
신경계통 질환	72	6.32	8	5.84	64	6.38
신생물	143	12.54	24	17.52	119	11.86

질병유형	전체		자산처분 있음		자산처분 없음	
	N	%	N	%	N	%
임신,출산,산후기 질환	17	1.49	2	1.46	15	1.50
정신 및 행동장애	7	0.61	4	2.92	3	0.30
출생전후기에 기원한 질환	1	0.09	0	0.00	1	0.10
피부관련 질환	12	1.05	2	1.46	10	1.00
혈액/조혈기관/면역장애	9	0.79	1	0.73	8	0.80
호흡계통 질환	45	3.95	8	5.84	37	3.69
총	1,140	100.00	137	100.00	1,003	100.00

- 자산처분 여부에 따른 종사상 지위를 살펴보면, 자산처분을 한 집단의 경우, 상대적으로 사업소득자의 비중이 낮고, 특수고용직(20.94%)과 무직(14.14%)의 비중이 높았음.

〈표 2-5-64〉 자산처분 여부에 따른 종사상 지위

종사상 지위	전체		자산처분 있음		자산처분 없음	
	N	%	N	%	N	%
일용직	256	13.89	26	13.61	230	13.92
특수고용직	334	18.12	40	20.94	294	17.80
사업소득자	760	41.24	63	32.98	697	42.19
상용직	116	6.29	12	6.28	104	6.30
임시직	121	6.57	12	6.28	109	6.60
무급가족종사자	34	1.84	4	2.09	30	1.82
무직	134	7.27	27	14.14	107	6.48
기타	88	4.77	7	3.66	81	4.90
총	1,843	100.00	191	100.00	1,652	100.00

## 나. 유급병가제도 제공자 관점의 비용 분석

### 1) 2020년 서울시 유급병가제도 집행예산 분석

#### 가) 제도 인지경로 및 자치구별 제도 운영 및 활용 비용

- 2020년 기준으로 '서울시 유급병가' 제도의 연간 총 비용은 55억3천7백만원으로, 유급병가 지급액이 58.4%로 가장 큰 비중을 차지하였음.

- 제도 운영과 관련된 비용은 총액 대비 41.6%를 차지하였으며 자치구별 인건비를 포함한 제도 운영 및 활동비 (24.8%), 광고 및 홍보 (15.9%), 집무비 (1.0%) 순으로 예산이 활용되었음. '서울시 유급병가'제도 홍보를 위해 지출한 비용은 총 8천7백90만원으로 단일 홍보 수단으로는 버스 광고 (28.4%)에 가장 많은 비용을 지출하였음.

- 제도 홍보 방법의 지출 대비 효용성은 대상자가 제도 신청을 위해 활용한 홍보자료 1회 활용 비용으로 정의하였음(각 홍보 항목별로 지출한 총비용을 홍보 항목별 제도 인지 경로별 누적 활용 횟수로 나눈 값). 이 지표를 기준으로 버스 광고(1회 활용 비용: 24만8천원)와 현수막(12만8천원)이 활용도 대비 가장 높은 비용을 보였으며 건강보험/의료기관 홍보 (2,864원)와 문자 (6,283원), 리플릿 및 포스터, 소식지 (7,529원) 등을 활용한 홍보 방법이 가장 비용이 효과적인 것으로 나타남.

〈표 2-5-65〉 홍보 항목별 관련 비용

제도홍보경로	2020년 총 집행예산 (단위: 원)	예산비중 (단위: %)	제도인지경로 활용 횟수 (회)	1회 활용 비용 (원)
현수막	49,429,050	5.6%	387	127,724
건강보험공단 안내문	13,895,250	1.6%	4,357	2,864
의료기관		0.0%	494	
리플릿	16,135,000	1.8%	895	7,529
포스터		0.0%	895	
소식지		0.0%	353	
버스	250,000,000	28.4%	1,006	248,509
문자	27,374,440	3.1%	4,357	6,283
신문	50,000,000	5.7%	1,006	49,702
인터넷	19,800,000	2.3%	1,006	19,682
기타	452,370,740	51.5%	1,075	123,061
TV		0.0%	1,006	
라디오		0.0%	1,006	
지인		0.0%	589	

- 본 연구를 위해 제공받은 자료에서 확인된 2020년에 '서울시 유급병가'를 신청한 대상자는 총 9,165명으로 총 9,867회 제도 신청을 하였음. 제도 신청자들은 평균 2.15개의 제도 홍보 자료를 활용하여 제도를 신청하였으며 용산구 신청자들의 홍보자료 이용 빈도가 가장 낮았고 (1.64개) 성북구 신청자들의 이용 빈도가 가장 높았음(2.35개).

〈표 2-5-66〉 서울시 자치구별 서울형 유급병가 제도신청경로

자치구	신청자 수	선정자 수	총 신청 횟수	인지경로 활용 횟수(평균)	자치구별 총 인지경로 이용비용	% (총 비용)	신청자 1인 인지경로 평균 이용비용
종로구	158	129	170	1.84	15,461,468	16%	97,857
중구	146	127	158	1.86	9,945,575	12%	68,120
용산구	193	163	222	1.64	21,318,193	18%	110,457
성동구	239	200	267	2.16	20,291,901	15%	84,903
광진구	422	368	474	2.18	53,818,288	20%	127,531
동대문구	346	306	365	2.10	12,966,499	6%	37,475
중랑구	629	540	670	2.17	59,354,871	15%	94,364
성북구	486	431	521	2.35	48,758,379	16%	100,326
강북구	569	501	620	2.29	55,737,157	16%	97,956

자치구	신청자 수	선정자 수	총 신청 횟수	인지경로 활용 횟수(평균)	자치구별 총 인지경로 이용비용	% (총 비용)	신청자 1인 인지경로 평균 이용비용
도봉구	414	359	433	1.89	46,103,949	18%	111,362
노원구	546	481	579	2.27	46,509,699	15%	85,183
은평구	474	425	492	2.15	48,224,938	17%	101,740
서대문구	372	313	388	2.15	37,487,135	18%	100,772
마포구	310	261	339	1.80	23,948,190	14%	77,252
양천구	316	294	345	2.21	34,484,215	15%	109,127
강서구	556	467	577	2.21	64,307,196	18%	115,660
구로구	325	292	358	2.28	38,294,334	18%	117,829
금천구	285	229	298	2.18	28,250,815	16%	99,126
영등포구	314	282	371	2.08	21,104,332	11%	67,211
동작구	273	247	292	2.19	22,140,559	14%	81,101
관악구	543	467	567	2.14	54,735,093	16%	100,801
서초구	167	148	201	2.25	12,573,080	14%	75,288
강남구	284	231	316	2.09	18,365,751	14%	64,668
송파구	438	380	469	2.30	45,162,432	18%	103,111
강동구	360	327	375	2.12	30,264,032	14%	84,067
서울시 전체	9165	7968	9867	2.15	869,608,082	16%	86,331

□ 서울시 전체 1인 평균 인지 경로 이용 평균비용은 86,331원으로 동대문구(37,475원)가 가장 낮았고 광진구(127,531원)가 가장 높았음.

□ 제도 홍보와 관련된 비용 외 예산에서 집행된 비용을 제도 운용 및 심사 비용으로 간주하여 추계하였을 때 2020년간 서울시 25개 자치구에서 발생한 관련 총비용은 14억2천5백만원이었음. 총 9,867회 제도 누적 신청 횟수를 고려하였을 때 대상자가 1회 신청 시 평균 비용은 144,418원이었음.

□ 1인당 제도 이용비용(상병수당 수혜비용 제외)은 평균 250,364원으로 동대문구(189,824원)가 가장 낮았고 광진구(289,745원)가 가장 높았으나 대다수의 자치구가 237,846원에서 257,750원의 사분 범위에 분포하였음.

〈표 2-5-67〉 서울시 자치별구 서울형 유급병가지원 제도이용 비용

자치구	제도 총 활용 비용	% (총 비용)	총 상병수당	총 제도제공 비용	대상자 1인 제도활용 비용	수혜자 1인 당 제도 비용
종로구	40,012,573	42%	55,075,980	95,088,553	253,244	737,121
중구	32,763,661	38%	53,374,560	86,138,221	224,409	678,254
용산구	53,379,048	45%	66,516,180	119,895,228	276,575	735,554
성동구	58,851,578	43%	77,281,240	136,132,818	246,241	680,664
광진구	122,272,546	45%	148,612,560	270,885,106	289,745	736,101
동대문구	65,679,166	32%	137,689,800	203,368,966	189,824	664,604
중랑구	156,115,109	40%	229,469,340	385,584,449	248,196	714,045
성북구	124,000,295	42%	173,563,200	297,563,495	255,145	690,403
강북구	145,276,481	42%	197,817,120	343,093,601	255,319	684,818

자치구	제도 총 활용 비용	% (총 비용)	총 상병수당	총 제도제공 비용	대상자 1인 제도활용 비용	수혜자 1인 당 제도 비용
도봉구	108,637,058	43%	143,859,760	252,496,818	262,408	703,334
노원구	130,127,874	41%	188,547,600	318,675,474	238,329	662,527
은평구	119,278,725	43%	160,488,300	279,767,025	251,643	658,275
서대문구	93,521,422	44%	119,367,480	212,888,902	251,402	680,156
마포구	72,905,982	43%	96,058,080	168,964,062	235,181	647,372
양천구	84,308,517	37%	140,810,100	225,118,617	266,799	765,710
강서구	147,636,535	41%	216,039,540	363,676,075	265,533	778,750
구로구	89,996,073	42%	123,589,200	213,585,273	276,911	731,456
금천구	71,287,458	41%	103,090,560	174,378,018	250,131	761,476
영등포구	74,683,508	40%	110,688,300	185,371,808	237,846	657,347
동작구	64,310,693	39%	98,517,120	162,827,813	235,570	659,222
관악구	136,620,249	40%	204,616,980	341,237,229	251,603	730,701
서초구	41,601,151	47%	46,312,800	87,913,951	249,109	594,013
강남구	64,001,923	48%	70,163,640	134,165,563	225,359	580,803
송파구	112,894,599	45%	139,514,320	252,408,919	257,750	664,234
강동구	84,420,882	39%	132,349,740	216,770,622	234,502	662,907
서울시 전체	2,294,583,102	42%	3,233,413,500	5,527,996,602	250,364	693,775

□ 자치구별로 분석한 제도 제공자 관점의 총비용은 중구(8천6백만원), 서초구(8천7백만원), 종로구(9천5백만원) 등에서 가장 낮았으며 중랑구(3억8천5백만원), 강서구(3억6천3백만원), 강북구(3억4천3백만원)에서 가장 높은 것으로 확인되었음.

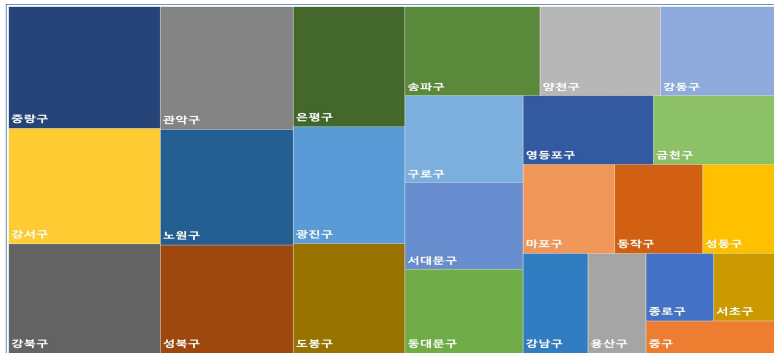
□ 7,968명의 수혜자는 총 32억원의 상병수당을 수혜 받았으며 1인 평균 405,800원의 상병수당을 지급 받은 것으로 나타남. 자치구별로는 강남구(1인 평균 303,739원)에서 가장 낮은 평균 지급액을 수혜 받았으며 양천구(1인 평균 478,946원)에서 가장 많은 수혜금을 지급 받은 것으로 나타남.

□ 2020년 회계연도 기준으로 추계된 제도자 관점의 총 비용 대비 수혜자 1인 평균비용은 693,775원으로 강남과 서초구에서 가장 낮은 비용과 (580,803원/594,013원) 강서구와 금천구에서 가장 높은 비용을 기록하였음(778,750원/761,476원).

[그림 2-5-22] 자치구별 제도제공 총 비용 (규모)



[그림 2-5-23] 서울시 자치구별 유급병가 제도 수혜자 1인 제도 제공 평균비용



#### 다. 사회적 비용 및 편익분석 결과의 시사점 및 한계점

□ Scoping review에서 확인된 기존 연구에서는 대다수가 고용자 (아픈 노동자로 인해 발생하는 고용자 관점의 금전적 손실 절감) 또는 국가적 경제적 효과 (의료비용의 절감효과)에 관련된 연구로 형성되어 있으며 제도 제공자 및 제도를 이용하는 수혜자의 관점에서 발생하는 비용-편익을 연구한 사례는 본 연구가 유일함.

##### 1) 수혜자 관점에서 소득보장 효과 분석 결과의 시사점 및 한계점

□ 본 연구에서는 수혜자 관점의 설문 자료를 활용하여 제도 이용자가 제도를 신청하는 과정에서 발생하는 직·간접적 비용부터 제도 신청과 관련된 질병 발생 후 소계되는 의료서비스 이용 시 발생하는 전반적인 비용, 그리고 대상자의 소득 및 기타 지출과 편익에 대한 부분을 포함하여 1인 평균 비용편익을 추계하였음. 분석 결과, 제도 수혜자의 1인 평균 지출 비용은 탈락자 대비 높은 것으로 나타났으며, 질병으로 인해 발생하는 사회적 비용지출 대비 편익은 약 20.64% 보장하는 효과가 나타남.

□ 본 연구에서 대상자의 성별, 연령 등 일반적 특성에 따른 하위 집단별 분석 결과, 남성은 수혜자에서 비용지출이 더 큰 반면, 여성은 탈락자 집단에서 비용이 더 크게 발생함. 연령대별로 살펴보더라도 60대 미만의 연령층에서는 수혜자가 탈락자보다 비용지출이 더 컸던 반면, 60대 이상 노인에서는 탈락자의 비용지출이 더 크게 나타남. 수혜자 중에서 전체 비용 대비 편익의 비중을 살펴보면, 남성 보다 여성의 보장 비율이 더 높았고, 연령에서는 두 집단의 차이가 크지 않음. 구체적인 비용과 편익의 항목별로 수혜자들의 소득감소량 대비 유급병가 지원금의 혜택 보장률을 보더라도 유사한 경향을 보임.

□ 다만, 의료서비스 이용 관련 비용지출은 대상자의 질병의 특성과 중증 정도에 따라 편차가 매우 클 것으로 예상되기 때문에 입원기간, 질병 종류 등 의료적 특성에 따른 비용편익분석도 수행하였음. 분석 결과, 장기입원자(10일 이상 입원)에 비해 단기입원자들의 보장률이 더 높았으며, 이는 현재 서울형 유급병가지원제도의 보장이 입원일 수를 기준으로 하고 최대 10일까지 지원해주기 때문으로 이해할 수 있음. 질병별로 살펴보면, 제도 이용자 중 빈도가 가장 높았던 근골격계 질환을 경험하고 있는 근로자들은 가장 높은 보장률을 보이는 것으로 나타남. 반면, 신생물 환자는 보장률이 상대적으로 낮았고, 이는 장기간 근로할 수 없는 상황으로 인해 발생하는 과도한 소득상실액에 기인한다고 볼 수 있으며, 제도의 보장성에 대한 시각이 대상자의 질병적 특성과 사회경제적 요인에 따라 매우 다를 수 있음을 시사함.

□ 근로자들은 질병에 발생했을 때 의료비 지출 등 직접 비용뿐만 아니라 소득감소, 간병비 지출 등 다양한 사회적 비용을 방지하기 위해 민간보험, 대출, 자산 처분 등을 이용할 수 있음. 따라서 개인적으로 대처하는 과정에서 편차가 발생할 수 있기 때문에 본 연구에서는 이에 따른 sub-analysis를 수행하였음. 분석 결과, 민간보험이 없는 근로자에 비해 민간보험이 있는 집단에서 질병 후 의료이용량이 상당히 더 컸음을 확인할 수 있음. 이는 민간보험의 긍정적 효과와 도덕적 해이 문제를 모두 고려해 볼 필요가 있음. 특히 민간보험이 없는 근로자 중에서는 조사 시점 시기에 무직인 경우가 상대적으로 높았음. 대출과 자산처분을 한 경우에도 역시 질병

발생 이후 의료비 지출량이 더욱 컸으며, 특히 자산처분의 경험이 있는 사람들은 신생물을 가장 많이 앓고 있었고, 무직 비율이 약 2배 이상 높은 것을 확인할 수 있음.

□ 따라서 향후에는 동일 질병 내에서 집단 간(수혜자, 탈락자, 비신청자) 의료이용률, 소득수준과 건강수준의 차이 등을 보다 세부적으로 비교 분석하여, 원인을 보다 명확하게 파악하고 타당도 높은 제도의 효과 등을 검증할 필요가 있으며, 이를 통해 심사과정을 단순화 하거나 심화할 필요성이 있는 대상자들을 구분하고, 심화된 심사 대상자들에게는 제도의 보장성을 높여줄 수 있도록 추가수혜금액 지급을 고려할 수 있도록 대상자 중심적 제도 운영을 활성화 할 수 있는 자료로 활용 될 수 있음.

□ 본 세부 연구에서 활용한 초기 분석자료는 대상자의 특성을 평준화 하지 않은 자료로 비교한 결과 값임을 유의하고 본 연구 결과를 검토할 필요가 있음. 특히 탈락자의 경우 제도 심사에 가장 중요한 대상자의 경제적 여건의 부분이 탈락사유의 가장 큰 비중을 차지했음을 고려하면 이들은 수혜자 대비 상대적으로 건강수준이 더 좋을 것으로 예상해 볼 수 있음. 실제 기초통계분석 결과, 수혜자 대비 탈락자들이 민간보험 가입비율이 더 높았고, 유의한 차이를 보이지는 않았으나 의료서비스 이용량과 의료비 지출이 더 적었음. 따라서 탈락자와 수혜자의 특성을 평준화 하한 propensity-score matched (PSM)을 적용하여 서울형 유급병가제도의 수혜자의 비용 및 비용편익성의 실제 증가 정도를 확인할 필요가 있음.

□ 또한, 수혜자 및 비수혜자 집단 내 비용-편익성 영향요소들을 분석하고, 제도 수혜의 효과성에 평가하기 위한 다양한 지표의 활용성에 대해 추가 연구 할 필요가 있음. 이는 서울형 유급병가제도의 전반적인 비용효과성을 평가함과 더불어 본 제도가 대상자의 요구에 맞는 서비스를 제공할 수 있는 근거를 마련하기 위함이며 이를 통해 제도가 개선의 과정을 통해 지속성 도모에 목표를 둠.

## 2) 제공자 관점에서 비용편익 분석 결과의 시사점 및 한계점

□ 본 연구에서는 제도 제공자 관점에서 제도 수혜비용 (서울형 유급병가 실지급액) 대비 제도를 홍보하고 제공하기 위해 발생하는 비용이 상대적으로 높은 편이었다는 것을 확인하였음(총 제도 비용 대비 약 42%). 이는 제도 도입 2년차이며 COVID-19 확산으로 인해 여러 사회적 활동의 제한이 많았던 2020년만 한정적으로 분석하였기 때문에 이러한 이유에서 제도 운영의 고정적 비용이 상대적으로 높게 나왔을 가능성을 배제할 수 없음.

□ 다만, 제도 활용에 있어 가장 중요한 역할을 하는 제도 홍보 경로의 활용도에 따른 분석에서 버스광고와 현수막 등의 비용이 활용도 대비 높은 비용을 보인 점을 보았을 때 제도 인지 경로 활

용성에 대한 자치구 및 대상자 개별적 특성을 분석하여 대상자의 특성에 따른 맞춤형 홍보 활동을 고려 할 필요가 있음. 반면, 제도 인지 경로 항목에서 세분화 되어 있는 (TV, 라디오, 지인, 기타) 는 예산내역에 세분화 되어 있지 않아 한 가지 항목으로 통합 분석 되었음. 따라서 1회 활용 비용이 다소 높게 나옴.

□ 자치구별 1인당 제도 비용에 다소 편차가 있었음. 지역 내 총 생산이 높은 강남구, 서초구, 송파구, 마포구 등은 1인 제도 활용 비용이 가장 낮은 편이었으며, 지역 내 총 생산이 낮은 양천구, 강서구, 금천구 등은 1인 제도 활용 비용이 가장 높았음.

□ 본 연구에서는 2020년 이전 제도 구상 및 도입 과정에서 소요된 제도 인프라 구축 비용 등 예산 내역에 포함되어 있지 않은 제도 운영에 직·간접적으로 활용되는 자원 (예: 인터넷 신청 프로그램 개발 및 운영, 서울시 조직의 간접비용 등)은 분석에서 활용하지 못하였음.

□ 또한, 제도를 구상하고 도입하는 초기 비용과 관련된 자료를 본 연구에서는 확보하지 못하여 누락된 부분은 본 연구에서 추계된 제도 제공자 관점의 비용이 다소 과소평가 되었을 가능성이 있으며, 이 부분은 제도 초기 비용의 규모와 제도의 지속성에 따라 과소평가의 정도가 결정될 수 있다는 부분을 인지할 필요가 있음(Sohn et al., 2020).

## 6. 포커스그룹인터뷰 분석

### 가. 개요

□ 포커스그룹인터뷰(FGI: Focus Group Interview)는 공통 특성을 가진 집단에 대한 인터뷰를 의미함. 포커스그룹인터뷰는 특정 쟁점, 제품, 서비스, 기회 등에 대한 이용자의 인식, 감정, 생각 등을 심층적으로 측정하는데 효과적인 연구방법임(Krueger&Casey, 2009). 본 연구에서는 설문조사 등 양적 연구에서 파악하기 어려운 수혜효과와 수혜효과를 촉진하는 요인을 분석하여 연구결과를 보완하고자 하였음.

□ 서울형 유급병가지원 제도 수혜효과를 평가하기 위한 포커스그룹인터뷰는 신청자 중 수혜자와 탈락자, 비신청자로 나누어 수행하였으며 영역별로 나누어 즉각, 중간, 최종 수혜효과와 수혜효과를 촉진하는 요인을 분석하였음.

□ 그 밖에 보건소에서 서울형 유급병가 업무를 수행하는 담당자 4명에 대한 개별인터뷰를 수행하여 이용자에 대한 포커스그룹인터뷰 내용을 보완하였음.

## 나. 조사내용과 조사대상

□ 수혜자와 탈락자, 비신청자를 대상으로 서울형 유급병가지원 제도의 수혜 효과를 분석하기 위해 각 분야별 수혜효과 및 수혜 효과를 높이는 요인, 수혜효과를 높이기 위한 정책방안으로 조사내용을 구분하여 분석함.

□ 포커스그룹인터뷰는 수혜자, 비수혜자, 비신청자 총 22명이 참여하였으며 조사에 참여한 이들의 개인적 특성은 다음의 표와 같음.

○ 포커스그룹인터뷰 참여자 중 수혜자 집단은 20~30대 수혜자 3명(남 1, 여 2), 40~60대 수혜자 4명(남 2, 여 2), 두 번 이상 유급병가를 받은 중복수혜자 3명(남 1, 여 2)로 구성하였음.

○ 포커스그룹인터뷰 참여자 중 탈락자 집단은 20~30대 탈락자 3명(남 2, 여 1), 40~60대 탈락자 3명(남 1, 여 2), 비신청자 집단은 20~30대 비신청자 3명(여 3), 40~60대 비신청자 3명(남 2, 여 1)으로 구성함.

○ 비신청 집단 1은 10인 사업장, 문화예술계, 비공식 노동자로 구성되어 관련 노동단체에 협조를 구하여 진행하였음. 비신청 집단 2는 봉제·제화·주얼리 제조업에 종사하는 소위 도심형 제조업<sup>44)</sup> 종사자로 구성하였고 관련 노동단체에 협조를 구하였음. 이 중 사례21은 비신청자로 소개받았으나, 인터뷰 도중에 신청했으나 탈락한 경험이 있다고 밝혀 비신청자는 아니지만 본 연구와 관련하여 유의미한 진술을 하였으므로 제외하지 않음. 사례 20은 서울형 유급병가를 신청하고자 기준에 부합하지 않는다고 동주민센터에서 설명을 들어 최종적으로 신청서를 내지 않은 것으로 파악됨.

〈표 2-5-68〉 포커스그룹인터뷰 참여자 특성

구분	사례	연령 (만나이)	성별	건강보험	현재 월평균 소득 (만원)	재산 (만원)	주관적 건강	질환	직업	사용처	비고
수혜자 20 30	1	31	남	지역	50	5천 미만	나쁨	통풍	카페 운영	사업장 임대료	만성 질환
	2	26	여	지역	200	5천 이상 1억 미만	좋음	급성 담낭염	운동 강사	의료비	
	3	32	여	지역	200	5천 이상 1억 미만	좋음	담낭 절제	식품업	의료비	

44) 1960년대 부터 서울지역에는 특정 업종별로 밀집된 생태계가 형성되어 현재까지 존재하고 있음. 예를 들어 종로 3가는 주얼리업, 창신동은 봉제업, 성수동은 제화업, 을지로는 인쇄업 등이 밀집되어 재료-제조-판매의 산업 생태계를 이루고 있음. 이들을 서울지역 도심형 제조업이라고 지칭하며 대부분 소규모 업체가 많은 것으로 알려져 있음.

구분	사례	연령 (만나이)	성별	건강보험	현재 월평균 소득 (만원)	재산 (만원)	주관적 건강	질환	직업	사용처	비고
수혜자 40 60	4	64	남	지역	300	1억 이상 2억 미만	나쁨	석회성 건염	인테리어	생활비	
	5	59	남	지역	200	1억 이상 2억 미만	좋음	요추부 염좌	특수고용	의료비	
	6	62	여	지역	0	5천 미만	나쁨	퇴행성 관절염	꽃판매	의료비	일하지 않음
	7	51	여	지역	110	5천 미만	좋음	손가락 골절	청소	의료비	봉 제 업 에서 이직
중복 수혜	8	30	남	지역	135	5천 미만	나쁨	후복막 섬유화	공연예술	의료비	퇴행성 질환
	9	57	여	모름	300	2억 이상 2억5천미 만	좋음	림프절 신생물	명품수입	식비	재발
	10	36	여	지역	300	5천 이상 1억 미만	좋음	자궁 내 평활 근종	피부관리 실 (고 용 원 있음)	생활비	연속 2번 수술
탈락자 20 30	11	34	남	지역	0	5천 미만	-	무응답	소규모 음 식업	-	수술 했음
	12	37	남	지역	200	5천만 이상 1억 미만	나쁨	발목의 염좌 및 긴장	음식 기타주점	-	
	13	28	여	지역	375	5천 미만	좋음	비노생식계 (난소 성숙)	IT사무직	-	
탈락자 40 60	14	56	남	지역	300	2억5천 이상	좋음	검진	개인택시	-	
	15	59	여	지역	400	1억 이상 2억 미만	좋음	골절	보험 설계사	-	
	16	63	여	지역	60	5천 미만	매우 좋음	비외상성 방광파열	일용직	-	
비신청 1	17	23	여	모름	90	5천 미만	좋음	없음	스타일리 스트	-	
	18	46	여	지역	110	5천 미만	좋음	허리 디스크	연출감독	-	
	19	27	여	사업장	200	5천 미만	나쁨	없음	소 규 모 사업장	-	10인 사업장
비신청 2	20	51	여	지역	270	5천 이상 1억 미만	좋음	지방종 (양성)	봉제	-	신청 준비 했으나 신청 하지 않음
	21	58	남	지역	130	2억5천 이상	나쁨	췌장 염증 (양성)	제화	-	신청 했으나 비수혜 암오진
	22	49	남	지역	300	2억5천 이상	좋음	아킬레스건 손상	주얼리	-	수술 해야 하나 통원 치료중



□ 그 외 자치구 보건소에서 서울형 유급병가 지원을 담당하는 담당자에 대한 인터뷰를 수행하였으며 조사에 참여한 이들의 특성은 다음의 표와 같음.

〈표 2-5-69〉 자치구 보건소 서울형 유급병가지원 제도 업무 담당자

담당자	성별	나이	지위	유급병가 업무 기간	비고
A	여	59세	실무자(계약직)	3년 이상	사회복지사 다른 자치구에서 2년 근무 후 계약만료로 이직
B	여	62세	정규직	6개월 이상 1년 미만	중간 관리자, 공무원
C	여	50세	실무자(계약직)	6개월 이상 1년 미만	사회복지사
D	여	27세	정규직	1년 미만	공무원, 실무자

#### 다. 분석내용

□ 인터뷰 내용은 1) 수혜자들에게 어떤 수혜효과가 나타나는지, 2) 수혜 효과를 높이기 위한 요인은 무엇이고, 3) 어떤 개선이 필요한지를 중점적으로 분석하였음.

□ 우선 수혜효과는 수혜자들을 중심으로 지원을 받은 후 어떤 변화가 나타나고 있는지 다음의 연구 질문을 중심으로 분석함.

- 수혜로 인한 즉각 결과로서 제도에 대한 만족 정도, 정부 및 지방자치체단체의 정책 및 제도에 대한 신뢰 정도
- 수혜로 인한 중간 결과로서 의료서비스 이용률 증가와 경제적 부담 완화
- 수혜로 인한 최종 결과로서 건강증진, 질병 예방, 적기치료를 위한 병원 방문 등에 대한 인식 변화, 노동시장 복귀(이직 포함)에 도움 정도, 생계유지 등
- 다시 제도를 이용할 생각이 있는지, 이용하지 않는다면 이용하지 않는 이유

□ 수혜 효과를 높이는 요인은 지급기준, 제도 이용절차, 노동환경, 건강상태, 경제적 상황, 개인 특성에 따라 수혜 효과가 어떻게 달라질 수 있는지 나누어 살펴봄.

- 개선방안은 양적 수혜효과를 높이는 방안과 질적 수혜효과를 높이는 방안으로 나누어 제안함
- 양적 수혜효과를 높이는 요인: 좀 더 많은 사람이 제도를 이용할 수 있도록 하는 방안
  - 질적 수혜효과를 높이는 요인: 수혜자 집단의 건강증진(Health Promotion)을 촉진하는 방안

□ 수혜 효과를 분석하기 위한 연구 분석내용은 다음의 표와 같음.

〈표 2-5-70〉 포커스그룹인터뷰 분석 내용

구분	분석 목적		분석 내용
수혜 효과	즉각 결과	제도 이용 후 제도에 대한 만족 및 인식 변화	제도에 대한 만족도는 어떠한가? 제도를 다시 이용하길 원하는가? 원하지 않는다면 다시 이용하기 쉽지 않은 이유는 무엇인가?
		정책과 제도에 대한 인식 변화	수혜로 인해 정부와 지방자치단체의 정책 및 제도에 대한 신뢰는 높아졌는가?
	중간 결과	의료서비스 이용의 증가	서울형 유급병가지원 제도로 인해 의료서비스 이용률은 증가하였는가?
		경제적 부담의 완화	경제적 부담은 완화되었는가? 어느 정도인가? 어떤 조건에 있으면 경제적 부담이 더 완화되는가?
	최종결과	건강관리에 대한 인식 변화	건강관리를 위한 병원 방문, 건강검진 등의 이용률이 높아지고 있는가?
		질환 발생 시 적극적인 치료 인식	지원을 받은 후 회복을 위한 충분한 휴식, 적절한 시기에 수술이나 질환 치료를 받는가?
		수혜에 따른 노동시장 복귀 정도	쉬는 기간이 경제적으로 도움이 되었는가?
			다시 원래의 업무로 복귀할 수 있는가?
수혜 효과를 높이는 요인	지급기준		재산 기준, 소득 기준, 근무 일수 등 제도 기준에 따른 수혜 여부에 따라 어떤 영향을 받고 있는가?
	제도 이용 절차		제도 인식, 제출서류 준비, 제출 방법, 신청 담당자의 태도 등 이용 절차에 따라 서울형 유급병가지원 제도이용은 어떻게 달라지는가?
	노동환경		고용형태, 직장 내 병가 관련 규정과 문화에 따라 수혜효과는 어떻게 달라지는가?
	건강상태		질병 전후 소득보장은 어떠한가?
	경제적 상황		현재 수당은 질환으로 인한 치료나 휴식 시기, 수술 및 치료 시 적절한 활용이 가능한 금액인가? 실비보험 등 수령 여부에 따라 효과는 어떻게 달라지는가?
	개인 특성		연령, 성별, 사회적 네트워크 등이 개인의 유급병가 이용에 영향을 미치는가?
수혜 효과를 높이기 위한 정책 개선 방안	수혜효과를 높이기 위한 정책개선방안		본인이 생각하기에 이용자를 늘리고, 제도의 효용성을 높이기 위한 정책방안은 무엇인가?

#### 라. 수혜 효과

##### 1) 즉각 결과

□ 수혜자들은 제도이용 후 만족도가 높았음. 하지만 고용 불안정 때문에 입원이 아니고서는 건강검진으로 제도를 다시 이용하기 쉽지 않다고 응답함.

○ 수혜자들은 서울형 유급병가지원 제도가 아플 때 도움이 되었지만, 다시 아프다고 해서 또 이용하기는 쉽지 않았음. 이들 대다수가 아파서 쉬면 직장을 그만둘 수밖에 없는 고용 불안정 상태에 놓여있기 때문임.

- 사례 6과 7은 이번에는 유급병가지원 제도를 이용했지만 어쩔 수 없이 아파서 그만둘 정도가 될 정도가 아닌 이상 재이용하기 쉽지 않다고 의견을 피력하였음.
- 사례 10은 고용원 1명이 있는 자영업주임. 사례 10은 월급을 주기 위해서는 아플 때 유급병가지원 제도를 이용하여 쉬기보다는 나가서 일하는 게 더 낫다고 말해 현행 유급병가지원 제도가 있다고 해서 아프다고 쉬는 게 쉽지 않음을 보여줌.

생계가 달린 사람이잖아요. 입원해서 뭐라 해야지 수당이라 해야 하나 이걸 보장받기 위해 직장을 그만두어 버리면. 그렇게 해서 다시 거기로 못 들어가잖아요. 다른데 다시 찾아야 하고.

(사례 7, 여, 52세, 수혜)

(대부분) 여기에서 취급하는 하루 일당의 기준보다는 다 높잖아요. 웬만한 데 다 높은 데가 많은데, 그거를 두고선 내가 이걸 받으려고 나오지는 않을 거고, 그거 때문에 내가 나왔다가 다시 들어갈 수 있을까.

(사례 6, 여, 62세, 수혜)

일을 못 하는 것에 대해서 편하기보다 더 미안하고 정신적으로 더 힘들었어요. 제가 못 할수록 손님을 못 받는 거니까, 금액적으로는 제가 일하는 게 당연히 더 낫죠.

(사례 10, 여, 36세, 중복수혜)

□ 수혜자, 탈락자, 신청자 모두 제도에 대해서 만족하였으며 정책에 대한 신뢰도는 높아짐.

- 유급병가를 지원받는 취약근로계층은 이전에 사회안전망을 경험한 적이 거의 없지만 유급병가를 통해 수혜를 받은 이후에는 공공의 지원 제도에 대한 만족도 및 신뢰가 높아짐.
- 사례 10은 수혜를 받게 되었을 때, 서울시에 대한 신뢰가 높아졌고, 아플 때 소외되지 않고 지원받아 살 수 있겠다는 희망을 품게 되었음.

이게 얼마나 다행인지, 이 돈이 큰돈은 아니더라도 작은 희망, 용기 내라는, 이월개라도 누군가가 뭔가를 이렇게 도움을 준다는, 서울시에서 도움을 준다는, 내가 혼자 아웃된게 아니구나 라는 느낌. 그런 거로는 (도움이) 됐어요. 그래도 이월개라도 받으니까 좋구나.

(사례 9, 여, 57세, 중복수혜)

- 또한, 서울형 유급병가를 신청했지만 기준에 미달하여 수혜를 받지 못한 탈락자, 신청하지 않았던 비신청자 집단에서도 유급병가지원 제도에 대한 만족도와 공공에 대한 신뢰도는 높았음. 이는 정혜주 외(2019) 연구에서 시행한 서울형 유급병가지원 제도 평가에서도 나온 결과임.

도움이 많이 되죠. 하루에 8만5천원도 못 버는 사람이 차라리 검진을 받고 혜택이 된다면.

(사례 21, 남, 58세, 탈락)

이제 대부분 이제 아프거나 이월 때 어떤 거를 지원을 받게 되잖아요? 그때부터 사람들이 이제 그 나라에서 지원해주는 거에 관심을 두기 시작하거든요. 대부분 자기가 그걸 한 번 받았을 때 '아 이런 혜택들이 있구나.

(사례 11, 남, 34세, 탈락)

## 2) 중간 결과

□ 수혜자들은 아플 때 병원에 입원하거나 치료를 받는 데 있어서 서울형 유급병가지원 제도가 도움이 되었다고 공통으로 응답함.

- 대부분 서울형 유급병가를 이용함으로써 병원에 입원하거나 퇴원 후 쉬면서 외래진료를 받는데 도움이 되었음.

자영업자라 문을 닫으면, 수입이 없어야 하는 상황인데, 그래도 이거에 내가 해당이 돼서 다행이라고 느꼈어요.

(사례 10, 여, 중복수혜)

저는 5일 정도 입원해서 당시에 작지 않은 금액이었습시다. 병원에서 입원 수술 이후에 검사를 받거나 교통비를 활용하는 데 도움이 되었죠.

(사례 3, 여, 33세, 수혜)

□ 서울형 유급병가지원 제도를 신청했지만 탈락했거나 신청하지 않은 경우에는 병원을 이용하지 않고 아파서 일을 못 할 때까지 일하는 사례도 있었음.

- 서울형 유급병가지원 제도의 지원 대상인 지역가입자가 아니거나 재산 기준 등에 의해 수혜를 받지 못하거나 지역가입자가 아니라서 신청을 하지 않은 경우에는 아플 때 되도록 참거나 그만둘 때까지 일하는 것으로 나타남.

2014년도에 다리를 다쳤거든요. 지금도 짝짝이에요. 수술해야 하는 데 일을 해야 해서 계속 치료를 못 받고 있어요. 일을 그만둬야 해요.

(사례 22, 여, 49세, 비신청)

근데 체질이 그렇게 몇십 년을 하다 보니 만들어졌는지는 모르겠지만, 신다는 게 다리가 잘렸거나 하는 정도가 돼야 신다고 하지 꽤고 께매는 정도는.... 우리 노동자들은 대부분 그렇게 생각할 거예요. 작업하다가 연장에 손이 베었다든가 어지간하게 두세 바늘 께맨다고 해서 신다는 생각을 못 해요. 바로 와서 작업해야 하는 상황이 많거든요.

(사례 21, 58세, 신청했으나 탈락)

□ 수혜자들은 서울형 유급병가지원 외에도 민간보험 가입 등으로 보험료를 받을 수 있는 경우에는 아플 때 경제적으로 훨씬 도움이 되었으며 좀 더 쉴 수 있었음.

○ 지원을 받은 수혜자들은 대부분 병으로 인해 사용한 의료비를 전액 또는 일부 지급하는 민간 실손보험에 가입한 경우가 많았는데, 실손보험 등 민간보험에 가입하여 치료비 등 보험료를 받은 경우에는 유급병가만 받은 수혜자나 비수혜자에 비해 좀 더 쉴 수 있었던 것으로 나타났다.

○ 사례 3은 병원에 입원하기 이전 민간보험(실손보험)에 가입했는데, 서울형 유급병가신청으로 수령한 금액에 비해 병원비와 수술비를 지원하는 민간보험료를 훨씬 더 많이 받았음. 사례 3은 민간보험료를 받으므로 좀 더 충분히 쉴 수 있었음. 하지만 민간보험에 가입하지 않았거나 만성 중증질환으로 민간보험료를 받은 이후 더는 보험료 지급이 되지 않을 때는 쉬기가 쉽지 않거나 카드 대출 등으로 생활하고 있는 것으로 나타남.

병원비가 정확하게 기억이 안 나지만, 만약에 제가 100만 원 정도를 썼다면, 실비보험을 한 80% 정도 받았습시다. 그런데 서울시 유급병가는 일당으로만 받아서 금액은 한두 배 정도 차이가 났던 것 같습니다.

(사례 3, 여, 32세, 수혜)

(연구자: 실손보험과 서울형 유급병가 양쪽을 다 받으시니까 쉬실 수 있으셨어요?) 예. 생활비 걱정 덜 하고.

(사례 5, 남, 59세, 수혜)

일주일여 어떤 때는 두 번도 가고, 아니면 보름에 한 번도 가고 막 그러는데. 실은 했는데 돈을 계속 그걸 다 지급해 주다가 갑자기 작년에 끊어버리더라고요. 안 된다고.

(사례 4, 남, 64세, 수혜)

실비보험 없어요.(중략) 현재는 카드빚으로 생활하고 있어요.

(사례 6, 여, 62세, 수혜)

### 3) 최종 결과

□ 유급병가 이용 후 건강관리를 해서 질병을 예방하겠다는 인식이 생김.

○ 수혜자들은 수혜 이후 아프지 않기 위해서 정기적인 병원 진료를 받거나 질병 예방을 위해 집에서 스스로 건강관리를 하거나 병원에 가야겠다는 인식이 생김.

(유급병가가 있다 보니) 더 편리해진 것도 있고, (병원 가는 것도) 어느 정도 맞춰 놓으니까.

(사례 5, 안, 59세 수혜)

크게 뭐 돈 들여서 하는 관리가 아니고 집에서 운동하는 거 인자 그런 것밖에 없는데. 그 래도 관리하는 게 좋긴 좋다고 봐요.

(사례 4, 남, 64세, 수혜)

□ 하지만 수혜자들이 서울형 유급병가를 지원받는다 고 해서 건강관리를 위해 적극적으로 건강검진을 받고 싶은 의향은 있지만 실제로 하루 일당을 포기하고 가기는 쉽지 않음.

○ 사례 9는 중증질환인 암으로 서울형 유급병가의 중복수혜를 받았는데 병원 입원은 불가피 해서 쉬었지만 필요하지 않은 이상 하루를 쉬고 건강검진을 받고 싶지 않다고 함.

○ 이와 달리 유급병가 수혜자인 사례 6과 사례 7은 적극적으로 건강검진을 받겠다는 입장이었음. 사례 6은 건강검진을 지원받는지 몰라서 받지 못했으나 사례 7은 건강검진도 지원받을 수 있다고 하여 남편도 지원받도록 적극적으로 권유함.

○ 20대인 사례 2와 30대인 사례 3은 서울형 유급병가로 건강검진을 지원해준다면 건강검진을 받겠지만 자주 하러 가지는 않는다고 말하면서 서울형 유급병가지원 제도는 입원과 같이 유사시에 이용하는 제도로 인식하고 평소 건강검진을 위해 이용하는 제도로 사용하지 않고 싶어 함.

건강검진을 어쩔 수 없이 봐야 한다면 편하게 보고, 덜 부담스럽고 덜 불편하다 싶은 거 지 사실 입원은 가능하면 하기 싫어요.

(사례 9, 여, 57세, 중복수혜)

그런 거 없었는데, 그래서 건강검진을 못 받았어요.

(사례 6, 여, 62세, 수혜)

남편도 된다고 해서 얘기했더니, 자기도 하면 자기도 하루 일당 받을 수 있어 그랬더니, 나는 나중에 받을래. 그래 그러면 어쩔 수 없지. 저만 받았어요.

( 사례 7, 여, 51세, 수혜 )

이 제도가 있으니까 내가 병원에 가겠다는 생각은 들지 않고, 병원에 갈 일이 있다면 이 제도를 써야 한다는 생각이 듭니다. 서울형 유급 병가 제도를 쓰기 위해서, 이 기회에 내 건강을 챙겨 봐야 한다는 생각은 들지 않을 것 같습니다.

(사례 2, 여, 27세, 수혜)

건강검진을 하러 가더라도 사소한 질병이라도 발견되어 더 자주 병원을 가게 될까 봐, 그리고 병원비를 쓰게 될까 봐 겁나서 병원을 못 가는 경우도 있습니다. 그래서 이 제도의 혜택을 받으려고 검진을 더 받지는 않을 것 같고 딱 기본 정도, 꼭 해야 하는 것 정도만 할 것 같습니다.

(사례 3, 여, 32세, 수혜)

□ 수혜 후 원래의 직장으로 복귀하기는 어려우며 이직을 하게 됨.

○ 수혜를 받은 연구 참여자들은 대다수가 치료를 받기 위해 휴가를 내거나 결근을 하는 것이 아닌 '일을 그만두는' 것으로 나타남.

- 이는 고용 불안정 때문임. 수혜자들은 원래 일하는 업종에는 복귀했지만, 원래의 사업장으로 복귀하기 쉽지 않음. 프리랜서, 특수고용, 플랫폼 노동, 1인 자영업자는 근로계약이 아닌 도급, 용역, 건당 수수료 방식으로 계약을 맺어 아파서 쉬 다음에는 재계약을 맺거나 원래의 사업장이 아닌 다른 사업장으로 이직하게 됨.
- 이러한 점에서 수혜자 집단 대부분 아플 때까지 참고 일하다가 결국 사업장을 결근하게 되는 결근주의의 개념과 맞지 않은 것으로 나타남.
- 사례 8은 희귀질환을 앓고 있는데, 본인이 일하는 문화공연계의 특성상 휴가를 받기보다는 일을 도중에 그만두고 치료를 받음. 하지만 일을 그만두었음에도 자신의 대체인력에 대한 비용을 부담해야 했음.

영화 같은 경우는 다행히 제가 병원 안 다녔을 때 해서 그런 게 없었는데. 일반적으로 공연이나 이런 경우에는 대체인력으로, 급하게 대체로, 일할 수 있게 사람들을 저 대체로 부탁을 해서 일하게끔 하는 거죠.

(사례 8, 남, 30세, 중복수혜)

○ 또한, 중증질환을 앓거나 만성희귀질환으로 인해 평소 건강관리, 외래진료, 추적검사를 위해 정기적으로 시간을 내야 하거나 원래의 일로 복귀 시 악화하는 경우에는 치료를 받은 후에도 원래의 일자리로 복귀하기 쉽지 않았음.

- 사례 1은 카페를 운영하였으나 희귀성 질환을 판정받고 일을 줄여야만 했고 병원을 정기적으로 방문해야 하지만 시간을 조율하기 쉽지 않다고 응답함.
- 사례 6은 장애판정 기준에 해당하지 않아 장애와 비장애 사이에 있는데 류마티스 질환으로 인해 원래의 직업인 꽃집 운영을 할 수 없어 실업 상태에 놓이고 있었지만, 장애판정 기준에 부합하지 못해 장애 수당을 받지 못하고 있음.

일을 못 하면서 돈을 못 벌게 되기 때문에 병원 시간 조율에서 많은 부담감을 느꼈습니다.

(사례 1, 남, 31세, 수혜)

장애(등록)는 또 안돼요. 애매하게 있는 거예요. 그 기준은 아닌데, 장애 쪽도 아니면서 일을 할 수 있는 상황도 아니고 이런 거예요.

(사례 6, 여, 62세, 수혜)

## 마. 수혜 효과를 높이는 요인

### □ 지급기준의 완화

#### ○ 재산 기준의 완화

- 서울형 유급병가를 신청했지만, 수혜 받지 못한 탈락자 및 비신청자는 엄격한 재산 기준으로 인해 수혜를 받기 쉽지 않았다고 응답함. 최근 서울지역 부동산 가격 폭등으로 인해 재산 기준을 충족하기 어려워지고 있었음. 사례 11은 높은 재산 기준으로 인해 신청했지만 유급병가를 지원받을 수 없었음.

서류까지 다 집어넣고 퇴짜맞은 사람이라, 나는 서류까지 다 준비해서 한 달을 기다렸는데, 재산 초과로 안 된다고 하더라고요. 2억5천인데 월세로 세 가족이면 방 2~3개짜리가 2억 5천인데 완전히 독거노인이나 지하 단칸방에 사는 사람들, 이혼한 사람이나 혜택이 되는 거지.

(사례 11, 남, 제화, 58세, 비수혜)

## ○ 최소 근무 일수의 완화

- 사례 4는 서울형 유급병가지원 제도를 알고 두 번 이상 이용을 한 중복수혜자였음. 사례 4는 공연을 하는 배우인데, 코로나-19의 확산으로 인해 공연일수가 줄어들면서 3개월에 24일을 채우기 쉽지 않다고 함.
- 또한, 근무일수가 불규칙하여 지원을 받기 쉽지 않다는 경우도 있었음. 사례 8은 영화촬영에 없을 때, 한 달 또는 1년 가까이 없는 경우도 많아 불규칙하여 3개월에 24일을 일하는 게 쉽지 않다고 응답함.
- 유급병가지원 제도 대상자들의 수혜효과를 높이기 위해서는 근로조건이나 계절성 근무 등을 고려하여 근무일수 기준을 조정할 필요가 있음.

(코로나 이전에는) 3개월에 24일 정도면 못해도 그 정도는 할 수 있지 했지만, 지금 시국이 코로나라는 상황이니까, 버겁긴 하더라고요.

(사례 4, 30세, 중복수혜)

본업을 안 할 때, 영화 쪽 일을 안 할 때에는, 저희는 어쨌든 한 일이 끝나고 다음 일이 넘어가는 데 있어 그 기간이 정해지지 않아요. 한 달 있다 바로 넘어가는 경우도 있고 일 년을 쉬는 경우도 있어요.

(사례 18, 46세, 비신청)

## □ 이용절차의 간소화

## ○ 유급병가 지원 절차의 간소화와 지급기한 단축

- 현재 서울형 유급병가 신청은 보건소와 동주민센터 대면 방문 접수가 원칙임. 이러한 과정에서 신청자들은 제출서류를 준비하고 동주민센터 또는 보건소를 방문하느라 하루 정도 걸리는 경우가 많았음.
- FGI에 참여한 대다수는 민간 실손보험 청구 경험이 있었음. 민간 실손보험을 수령한 이들은 민간보험보다 서울형 유급병가지원 제도는 제출하는 서류가 많았다고 응답함. 따라서 제출서류를 최소화하고, 인터넷, 스마트 폰을 이용한 비대면 접수 등 신청방법을 다양화하여 신청 절차에서 소모되는 시간을 단축하기를 원하였음.

신청 시 서류 떼는 게 너무 많았어요.

(사례 20, 51세, 비수혜)

사실 번거롭죠. 당연히 실비(민간보험)는 앱으로 바로 내고 필요한 서류가 많진 않아요.

(사례 6, 36세, 중복수혜)

## ○ 평상시 서울형 유급병가지원 제도 인식이 필요할 때 제도를 이용할 수 있게 만들.

- 서울형 유급병가 신청자들은 아프기 전부터 서울형 유급병가지원 제도를 현수막이나 버스광고 등에 의해 인지하는 경우가 상당 수 있었음. 현수막을 통해 서울형 유급병가를 인지한 경우 이들이 임원하게 되었을 때 기억이 나서 유급병가를 신청할 수 있었음.

버스 광고에서 나오는 걸 우연히 보고...두 달 정도 지나서 5일 정도 입원을 했는데, 그 광고가 생각이 나서 신청했어요.

(사례 3, 33세, 수혜)

## ○ 유급병가를 이용하는 사람들이 대부분 40~60대가 많고, 60대 이상에서도 상당수가 이용하고 있다는 점에서 수혜효과를 높이기 위해선 중·고령의 유급병가지원 대상자를 위한 맞춤형 신청방식 및 지원 방식의 확대가 필요함.

- 사례 21은 중·고령층인데, 신청하는 방법이 어렵다고 호소하였으며 현재 방문 접수 및 서류 준비도 어렵다고 응답함.
- 오히려 청년층인 30대인 사례 3은 방문 접수가 불편하여 비대면 접수방식을 원하고 있어 연령별 특성에 따라 다르게 제도 지원할 수 있도록 해야 할 것임.

내가 동사무소를 세 번을 갔다니깐요. 병원 갔다가 공장 사장한테 가서 이거 확인 좀 해줘라. 내가 일주일에 며칠을 일하고, 한 달에 며칠을 일하고 몇 시간을 일하고(종락) (연구진:계좌번호, 통장 사본도 다 해서 내야 하지, 이런 걸 다 해서 방문을 하셔야 하니까 그게 힘드시단 거죠?) 네. 등본, 가족증명서도 다 떼야 해요.

(사례 21, 58세, 탈락)

21세기임에도, 인터넷이나 어플이 아닌 대면으로 제출해야 한다는 게 불편했어요.

(사례 3, 32세, 수혜)

## □ 노동환경의 개선

## ○ ‘아프면 쉴 수 있는’ 사업장 문화로 개선

- 연구참여자가 일하는 사업장에서 아프면 쉬지 못하거나 아예 그만두어야 하는 문화가 있으면 제도 이용 자체를 어려워함. 사례 18은 포커스그룹인터뷰에 참여하기 전까지 서울형 유급병가지원 제도를 몰랐음. 영화현장에서 일하는 특성상 자신이 일하는 곳에서는 대체인력이 없어 쉬지 못하며 그로 인해 아프면 휴가를 내기보다는 아예 그만두는 경우가 많았음. 그래서 아플 때 서울형 유급병가지원 제도를 이용하는 것에 대해 상상할 수 없다고 말함.

내가 없으면 현장이 안 굴러가, 못 굴러가는데 어떡하지, 뭐 그런 생각 자체가 일종의 세뇌일 수도 있는 건데. 이걸 빠진다는 생각 자체를 못 하는 것도 조금 저희 쪽 분야에서 사람들이 문제인 것 같아요. (중략) (이용하여 쓴다는 것을) 상상도 못 하는 제도인 것 같아요.

(사례 18, 46세, 비신청)

## ○ 원래의 직장으로 복귀하면 악화될 수 있는 증증질환 또는 만성질환자이지만 장애판정을 받지 못하면 사회안전망의 사각지대에 있음.

- 사례 6은 치료를 받아 나왔으나 원래 하던 꽃집 일을 하지 못하게 됨. 의사가 다시 손을 쓰는 일을 시작하면 악화될 것이라고 진단했기 때문임. 하지만 기존 장애 기준으로는 장애판정을 받기 어렵고 손을 쓰지 않는 일을 찾기 쉽지 않아 일을 구할 수 없었음.

## ○ 이용자들이 원래 일자리로 복귀하기 어렵다면 이직 및 직업훈련 지원으로 다른 일을 할 수 있도록 지원해야 수혜 효과를 높일 수 있음.

- 사례 7은 봉제 일을 하다가 손가락을 다쳐서 봉합 수술을 받은 후 봉제 일에 대한 트라우마가 생겨서 하지 못하게 됨. 6개월간 쉬 이후 건물청소로 이직하였는데, 차치구 여성 새로일하기센터로 연계되어 일자리를 소개받아 일하게 되면서 만족하고 있었음.

장애(판정)는 또 안돼요. 애매하게 있는 거예요. 그 기준은 아닌데, 장애 쪽도 아니면서 일을 할 수 있는 상황도 아니고 이런 거예요(중략). 손을 안 쓰는 일이 없어요. 집안일 하는 것도 조금 오버 돼서 하면 아프니까 걱정되어 이려고 있는 건데. 그리고 허리 협착증도 있어서, 어디에 가서 하루 서너 시간 서서 일하거나 손을 계속 움직여야 하는 일은 못하는 거예요.

(사례 6, 여, 62세, 수혜)

지금은 아파트 청소하는 거 괜찮아요. 이게 연계가 되어 얘기를 해주시더라고요. 여성 새로 일하기 지원센터에서 한번 구직 신청을 해보라 해서 해봤는데. 아주 어렵지는 않더라고요.

(사례 7, 여, 51세, 수혜)

## □ 건강상태

## ○ 유급병가가 있어도 ‘아파서 일을 못 할 때’까지 일하는 자영업자나 근로자가 쉴 수 있도록 하는 제도 보완이 필요

- 포커스그룹인터뷰에 참여한 비신청자 노동자들은 아파도 그만두어야 함에도 참고 일하는 경우가 많음. 하지만 일을 하지 않고 있으면 지원을 받기가 쉽지 않다고 말함. 또한, 아프면 그만두는 문화가 있는 사업장에서 일하다 보니 아파서 생명의 위협을 느낄 때까지 일하다가 그만두거나 죽은 다음 발견되는 극단적 상황도 있었음.
- 직장을 그만두고 치료받는 와중에도 이전에 3개월에 24일을 일하지 못하면 지원을 받기 쉽지 않은 것으로 나타나 적절한 시기에 쉬고 치료를 받을 수 있도록 하는 대체인력 제도, 아픈 노동자들이 일할 수 있게 하는 직업상담 제공 등의 제도 보완이 필요함.

아파서 입원할 상황이 되면 그냥 일을 안 하면 돼요. 그러니까 저희는 병가 이런 걸 낼 수 없는 상황이라 그 프로젝트가 끝나... 중간에 그냥 빠지든가, 아니면 다음 프로젝트 안 구하고 그냥 치료를 받는 상태인 것 같아요.

(사례 18, 여, 46세, 비신청)

우리는 전화를 안 받으면 찾아 가본다고 죽어 있나. 아니면 아파 가지고 전화를 못 받으면 죽음 문턱에 가 있는 거니까. 찾아가서 문 두들기고, 그런데 가보면 죽어 있는 사람들도 몇 명 있었고.

(사례 21, 남, 58세, 비수혜)

## ○ 고용원이 있는 영세 사업주도 쉴 수 있는 지원 방안 모색

- 월급을 줘야 하는 고용원이 있는 자영업주의 경우에는 아파도 제대로 쉬기가 쉽지 않았음. 사례 10은 전체 FGI 참여자 중 유일하게 고용원 1명을 고용하는 사업주였음. 본인이 아프다고 쉴 경우 직원을 위한 월급을 줄 수 없어 오히려 아파도 오래 쉬기 어려움.

저는 직원 언니가 한 명이 있어서, 직원 언니 월급을 드리고 해야 하는 상황이나(웃 쉬죠).

(사례 10, 36세, 중복수혜)

## □ 경제적 상황

- 회복 후 원래 업종으로의 복귀가 어렵고 장애와 비장애 사이에 있어 장애 수당을 받기 어렵다면 이들을 위한 맞춤형 일자리 소개 및 직업훈련 등의 연계 지원 필요
  - 포커스그룹인터뷰에서는 서울형 유급병가를 지원받았으나 질환으로 인해 원래의 직종으로 복귀하지 못하거나 다시 다칠까봐 두려워 이직한 수혜자가 있었음. 특히 장애와 비장애의 중간에 있는 수혜자의 경우 다시 일하기가 쉽지 않아 노동시장 복귀가 어려웠음.
  - 앞에서도 언급하였지만, 사례 6은 더는 질병으로 인해 원래 하던 꽃 판매를 할 수 없는 데, 손을 쓰면 악화가 되어 노동시장에 복귀할 수 없었음. 하지만 현재 장애 기준으로는 장애판정도 받을 수 없어 지원의 사각지대에 놓이게 되었음. 하지만 노동시장으로 복귀하고 싶은 의사가 강했으며 본인의 상태에 맞게 적절하게 일할 수 있는 지원이 필요하다고 이야기하였음.
- 배우자 또는 자녀가 아플 때는 경제활동과 돌봄이라는 이중고에 시달리면서 빈곤 상황에 놓일 수 있음. 기초수급지원 제도 등 취약계층 지원 사회복지제도의 지원만으로는 경제적으로 어려워 도움을 받길 원하지만, 기초생활 보장 수급자기 때문에 서울형 유급병가를 중복으로 지원받기 어려웠음.
  - 사례16은 오랜 기간 남편을 병간호하면서 경제적으로 어려워 일용직으로 비공식 노동을 해왔음. 간병과 노동의 이중고에 시달리면서 본인 또한 건강이 악화하였지만 다른 사회 복지제도를 지원받고 있다는 이유로 지원을 받을 수 없었음.

그게 경제적인 부분에 크지 않을까요. 제가 종일 붙어있어서 간병을 하게 되면, 제가 일을 못 할 거 아니에요. 그러면 아무래도 이게 생활에 문제가 되지 않을까요.

(사례 7, 51세, 여, 수혜)

저의 남편이 2년 전에 돌아가셨어요. 그래서 사실은 굉장히 그 어려운 그런 환경에 있습니다. 우리 남편 같은 경우는 평생 사업을 하다가 IMF 당하고 쓰러지고 결국엔 이제 병으로 정말 고통받았는데 마지막 저까지도 힘들게 하고 갔어요. 왜냐하면, 모든 게 다 병원비로 다 들어갔기 때문에 암으로 갔기 때문에 거의 한 5년을 병원 생활을 하다 보니까 여러 가지로 그냥 힘들게 돼서 지금 이제 제가 이렇게 혼자 남게 됐는데 사실 그런 혜택을 받을 수 있는 것이 있었다면은 조금 도움이 됐겠죠(중략). 저 같은 분이 주변에 많이 있을 거로 생각하고 또 저 역시 제가 지금 환자예요. 환자다 보니까 거의 뭐 한 달에 한 번씩 병원에 지금 다니고 있고 그런 거를 하나 지금 어디 뭐 누구한테 하소연을 못 합니다.

(사례 16, 여, 탈락)

저 같은 경우는, 집사람하고 나하고 단둘이니까. 누가 아파도 한 사람은 일을 못 해요. 똑같이 못 하는 거예요.

(사례 4, 남, 64세, 수혜)

## □ 개인적 특성

- 수당 지급 외에도 병원 방문, 교통비 지원 등 다양한 보장성 강화가 수혜 효과를 높일 수 있음.
  - 사례 5는 퇴원 이후 병원을 방문하여 항암치료 등을 받았는데, 주변에 도움을 청하기 어려워 혼자서 병원에 방문하여 치료받았으나 아픈 상황에서 치료를 위한 병원 방문이 혼자서는 어렵다고 호소하고 있음.
  - 서울시는 2021년 11월부터 1인 가구나 고령층이 병원 외래진료 시 혼자 가기 어려울 때 요양보호사 동행 서비스를 제공하고 있음. 서울형 유급병가지원 제도와 동행 서비스가 연계되어 지원된다면 유급병가를 지원받은 이들의 삶의 질이 높아질 수 있음.

(병원에) 혼자 다니기 힘들 때가 있어요. 누가 부축해주었으면 좋겠고, 정말 혼자 다니기 힘들 때가 많지만, 직장 다니시는 분한테 같이 가자고 말 못 하죠. 예를 들어서 수술대 올라가는 게 아니면 아예 휴가 내는 게 어렵죠. 병이 들면, 그거 자체가 죄인인 거예요. 미안한 거지(중략). 어느 정도 중증환자에게 그런 지원이 있다면 낫죠.

(사례 9, 57세, 중복수혜)

- 중·고령 신청자들의 경우에는 평소 문서를 보는 업무를 하지 않을 때 제도 신청서 작성 및 서류 준비가 어렵다고 응답함. 자녀 등 주변의 도움을 받지 않으면 이용하기 쉽지 않았음. 서울형 유급병가지원 제도는 중고령자 이용자가 대다수라는 점에서 비사무직, 고령자 친화적으로 이용 및 안내 시스템을 갖추는 게 필요함.

우리가 전문직이 아니기 때문에 글 읽다 보면 좀 부족한 과정이 많이 나와요. 그건 그냥... 인터넷 쳐보기도 하고, 딸래미한테 전화해서 물어보기도 하고 그렇죠.

(사례 4, 남, 64세, 수혜)

## □ 자치구 보건소 업무 담당자의 고용보장 강화 필요

- 현재 각 자치구 유급병가지원 제도 업무는 다른 보건소 업무와 함께 유급병가 신청 시 행복 이음시스템 등 조회 업무를 담당하는 정규직 공무원 1명, 유급병가 신청 창구에서 신청과 관련하여 상담하고 신청서를 접수하여 조회를 의뢰하는 기간제 근로자가 배치되어 있음.
- 기간제로 채용이 되는 유급병가 업무 담당자들은 사회복지사 자격증이 있고, 포커스그룹 인터뷰 결과 서울형 유급병가 제도 신청 시 많은 도움을 주고 있는 것으로 나타났으나 고용이 불안정하여서 한 보건소에서 2년 이상 일하기 쉽지 않음.
- 또한, 이들은 동주민센터에서 넘어오는 신청 자료 및 신청자 상담을 주로 하고 있으나 행복 이음 시스템 조회 등 업무 권한이 거의 없어 업무를 완결성 있게 처리하기가 쉽지 않음.
- 3년 이상 업무를 담당해온 기간제 사회복지사 A와 유급병가지원 사업을 관리하는 중간관리자 공무원 B는 현재 기간제 방식으로 사회복지사 자격이 있는 이를 기간제 업무 담당자를 채용해서는 서울형 유급병가지원 업무를 수행하기 어렵다고 공통으로 지적함.
- 서울형 유급병가지원 제도를 담당하는 이들은 사회복지사 자격증이 있다는 점에서 서울형 유급병가 이용자를 위한 타 복지제도 등 자원 연계 업무를 진행할 수 있음.
  - 서울형 유급병가지원을 하는 담당자들도 안정적으로 업무를 수행할 수 있도록 임기제 방식의 고용을 보장하고 현재의 상담과 신청서 접수 업무 권한만 있으면 안 되며, 이들에게 상담, 신청부터 재산 및 소득 조회와 지불, 이후 서울형 유급병가 이용자 사후관리까지 하나의 완결된 절차를 운영할 수 있는 권한이 필요하다고 지적함.

"(공무원) 주임님이 할 수 있는 것은 아니에요. 이제 다른 거 맡으면서 옆으로 하니까 그분들은 그래요. 그러니까 사실은 이게 제도, 만약에 양이 커지고 제대로 할 것 같으면 유급 경과만 아까처럼 얘기한 것처럼. 임기제를 줘 가지고 그분한테 권한도 주고 그분이 다 해서. (신청에서 지불까지) 다 끝내게끔 하는 게 맞긴 맞아요."

(담당자 A, 3년 이상, 계약직)

"기간제 선생님들이 하기에는 좀 업무가……. 기간제 선생님들을 좀 오랫동안 일할 수 있게 임기제나 저는 이런 분들로 좀 전환을 했으면 해요. 이게 너무 자주 바뀌니까, 1년에 한 번씩 바뀌면 사실 이게 우리 동주민센터에서 바뀌는 것도 그렇지만, 이 업무는 사회복지사 선생님이 주축이에요.(중략) 기간제 비용으로 사회복지사를 뽑는 건 그래요."

(담당자 B, 공무원 중간 관리자)

## □ 유급병가 업무담당자의 업무역량과 업무권한 강화 필요

- 현재 보건소에는 서울형 유급병가지원 제도 업무 담당자를 기간제 계약직으로 1명씩 배치하고 있음. 하지만 서울형 유급병가 신청은 동주민센터와 보건소 두 곳에서 신청을 받고 있음. 보건소 담당자의 경우에는 서울형 유급병가지원 제도에 대한 교육을 받기도 하고 서울형 유급병가 지원 사업을 전담하여 신청 및 절차에 대한 자세한 설명이나 상담이 가능하기 때문에 이용자들은 신청 시 동주민센터 보다 수월하게 신청할 수 있다고 이야기함.

"보건소에 되게 감사하죠. 수월하게, 큰 어려움은 없었어요. 두 번째는 기본이 좋지 않았어요. 동주민센터에서 했을 때는 이견 안되시는데요? 라고 하시니까요."

(사례 5, 명품 수입, 57세, 중복수혜)

- 노동 이력 등 증빙 방법이 좀 더 이용자 친화적으로 바뀌어야 더 많은 근로자가 이용할 수 있음. 5인 미만 등 소규모 사업장 사업주는 세금이 부과될까 봐 두려워하여 노동 이력을 증빙을 거부하여 유급병가를 받지 못하는 경우가 있었음. 사례 20은 주변 사람 중에 사업주가 아닌 자신이 일하고 있는 봉제 관련 노동단체에서 증빙을 받아 유급병가지원을 받은 경우가 있었다고 함.

저희는 같이 일하는 동료의 (노동 이력) 증빙을 사무장님이 직접 써 주셨어요. 그렇게 해서 증빙을 받으신 분 있거든요. 사업주가 그걸 써주면 되는데 사업주 인식에는 자기가 이걸로 인해서 피해를 보는 경우가 있겠다 하는 생각에 안 써 주시는 경우가 있어요...(중략)… 사업주가 안 써주는 이유는 4대 보험 등 세금이죠.

(사례 20, 여, 51세, 비신청)

- 그 밖에 이용자가 수혜를 받는데 있어 업무 담당자의 유연한 대응이 도움이 될 수 있었음. 사례 5는 서울형 유급병가와 관련하여 3개월에 24일 근무 일수를 증빙하기가 쉽지 않았는데, 업무 담당자가 사업주에게 가서 받아오라지 않고 스스로 기록한 것이 없는지 물어봐서 자신이 기록한 노동 이력을 제출하여 지원받는 데 도움이 되었음. 이처럼 업무 담당자가 서류를 준비하는데 근로일수를 파악하는 데 있어서 개인기록 제출 등 신청 시 인정받을 수 있는 증빙 방법을 인지하고 있으면 신청자들이 수혜를 받는 데 도움이 되었음.



근데 저는 특수고용직이다 보니까. 3개월에 24일을 넘겨야 하는데, 소득 증빙할 게 없잖아요. 그래서 구청 담당이 달력 같은데 표기를 해놓았냐고, 일하는 거나 이런 거. 저는 핸드폰에다가 메모를 쪽 하거든요.

(사례 5, 남, 59세, 수혜)

## 바. 시사점

### □ 수혜자를 늘리는 양적 수혜효과를 높이는 방안

- 평상시 상병수당에 대한 인식, 이용 가능성 인식, 이용 경험이 상병수당 이용자 확대에 효과적이었음.
  - 아플면 일을 그만두어야 하는 업종의 노동자들은 유급병가·상병수당 제도를 이용할 수 있다는 자체를 이해 못한다는 점에서 상병수당 도입 초기에는 제도 자체에 대한 인지와 이용 경험이 양적 수혜 효과를 높이는 요인이 됨.
  - 평상시 현수막, 문자 등으로 제도 자체를 인지하고 있으면 아플 때 이용하거나 신청하는 경우가 많았음.
  - 아플 때 유급병가 이용 경험은 이후 아플 때 서울형 유급병가를 신청하고 이용하는 데 도움이 되었음.
  - 사회보장제도를 이용해보지 않은 사각지대 노동자는 심리적 부담감으로 인해 이용 자체를 어려워하였음.
- 발병 시 적절한 치료와 유급병가지원 제도 인식과 수혜 경험은 이후 아플 때 참지 않고 유급병가를 이용하고 쉬는 데 도움이 됨.
  - 서울형 유급병가지원 대상자들은 차상위 계층 바로 위인 저소득 노동 취약계층으로 사회적 안전망 미비로 건강이 나빠지기 전까지 참고 일하는 경우가 많았음.
  - 사각지대 취약근로계층이 유급병가를 받을 수 없다고 인식하면 아파서 그만둘 때까지 참고 일을 하여 그만두는 노동시장 복귀가 쉽지 않았음.
  - 아플 때 유급병가를 받아 참지 않고 적절하게 치료받고 쉴 수 있다면 이들 대다수가 원래의 직장으로 복귀하거나 이직을 하더라도 다시 일할 수 있음.

### □ 수혜 보장을 강화하는 질적 수혜 효과를 높이는 방안

- 검진 병원이 먼 경우 또는 유급병가 수당이 1일 급여보다 적으면 검진에 대한 유급병가 이용률이 저조하였음. 건강검진에 대한 유급병가 지급 시 임금에 비례하면 건강검진 수진율이 높아질 수 있음.

- 퇴원 후에도 재활 및 복귀까지 쓸 수 있는 현실적인 유급병가 수당이 지급되어야지만 쉴 수가 있음.
- 또한, 유급병가 수당 지급만으로는 보장에 한계가 있으며 돌봄, 건강관리 등의 지원을 통한 보장성을 강화할 필요가 있음.
  - 아플 때 상병수당 외에도 아픈 증상으로 인한 심리적 고립감이나 치료를 위한 병원 방문 시 동행, 교통비 지급 등 돌봄 지원을 지원해야 함.
  - 현재 서울시는 1인 가구의 병원 방문을 위한 동행 서비스를 2021년 11월부터 제공하고 있다는 점에서 유급병가를 이용하는 집단을 위한 보장성 강화 사업을 설계하고 집행할 경우 수혜에 따른 만족도가 높아질 것임.
- 치료받은 노동자가 노동시장에 복귀할 수 있는 체계를 마련해야 함.
  - 아파서 쉬지 못하는 이유는 참고 일하다 악화하거나 휴가를 받지 못하고 그만뒀야 하기 때문임.
  - 아파서 치료를 받은 후 원래 직장이나 동종업계로 복귀할 수 있는 고용지원 시스템이 있다면 유급병가를 수혜 받고자 하는 사람들이 증가할 수 있음.
  - 현재는 회복이 되더라도 만성질환이나 중증질환이 있는 노동자들에게는 지역 노동 건강관리체계 마련하여 복귀 지원을 해야 할 것임.
  - 또한, 아파서 치료받은 이후 장애판정을 받기 어려우나 질병의 특성상 원래의 직장에 복귀할 수 없는 경우에는 이직 및 직업훈련 등을 지원해야 함.

## 제4절 결론

### 1. 핵심 연구결과 요약

#### 가. 서울형 유급병가지원 프로그램 공급 과정 평가

##### 1) 프로그램 홍보 및 지원

#### 가) 효과적인 제도운영 비용 책정 필요

□ 제도 수혜 1인 총비용 중 제도운영과 관련된 비용은 약 42%로 1인 평균 제도 수혜 비용 비슷한 수준으로 나타났으며 이 비율은 25개 자치구에서도 유사한 양상을 보임. 따라서 향후 제도 운용에 있어 제도 이용자 확대를 위한 제도 운용의 방법 개선에 대한 고찰이 필요할 것으로 판단됨.

□ 특히, 제도 이용자의 관점에서 신청과정에서 발생한 비용이 10여만 원 대로 다소 높게 발생 한 부분을 고려했을 때 제도 신청과정 및 심사과정의 간략화를 통해 제도 접근 및 이용의 편의성을 개선하여 제도를 실제로 이용하는 제도 대상자의 수와 실제 편익성을 높일 수 방안을 고려할 필요가 있음.

#### 나) 지출 대비 활용성 높은 홍보 방안의 모색

□ 제도 홍보에 있어 비용의 지출 대비 활용성이 높은 방법을 자치구와 대상자의 특성에 따라 활용하는 방안을 고려할 필요가 있음. 구체적으로 불특정 다수 대상 현수막, 버스 광고보다는 문자 및 SNS, 의료기관, 보건소나 주민센터 등을 활용하여 개인 특성에 따른 홍보 방안 등을 고려할 필요 있으며 이용자들에게 설명과 이해를 돕고, 제도 신청과 연계될 수 있도록 기관 중심의 효과적인 홍보전략 방안이 요구됨.

□ 그러나 본 연구는 제도 시행 초기기간(2년 차)에 대한 평가라는 점과 COVID-19 확산으로 인해 여러 사회적 활동의 제한이 많았던 2020년만 한정적으로 분석하였기 때문에 제도 운용의 고정적 비용이 상대적으로 높이 나왔을 가능성을 배제할 수 없음.

#### 2) 접수, 심사, 지급 등 유급병가 행정 처리 시스템

가) 현행 행정 처리 시스템은 사회보장제도를 접하지 않은 중고령 근로취약계층이 이용하기 쉽지 않음

□ 인터뷰 결과에 의하면 이용자 대부분이 사회보장의 사각지대에 있는 근로취약계층으로 비사무직이거나 사회보장제도를 이용한 경험이 없는 경우에는 행정절차를 진행하는데 어려워함.

○ 하지만 한번 이용한 경험이 있으면 다시 이용하는데 덜 어려워한다는 점에서 최소 이용시 처음 접하는 이들에 대한 이용 지원이 필요함.

□ 또한, 다양한 사회복지제도를 신청하는 동주민센터보다는 서울형 유급병가신청 및 상담업무를 전담하는 인력이 있는 보건소 담당자에 대한 만족도가 높았음. 하지만 유급병가 업무 담당자의 불안한 고용(기간제), 짧은 근속일수, 낮은 업무 권한은 이용자의 이용을 확대하는데 제한이 있는 것으로 나타남.

□ 도덕적 해이 등을 우려하여 제도를 감시 위주, 또는 행정 편의 위주로 설계하여 운영한다면 오히려 제도이용 확대에 제한적으로 될 수 있음.

#### 나) 이용자 확대를 위해서는 신청 기준의 완화 필요

□ 서울형 유급병가지원 제도는 현재 재산 기준 2억 5천만 원, 중위소득 100% 이하, 3개월 내 24일 이상 근로한 근로자를 대상으로 지원을 하고 있음.

○ 그러나 최근 부동산 가격 폭등으로 인해 재산 기준 2억 5천만 원이 넘어 신청해도 탈락하는 경우가 많아지고 있음. 또한, 코로나의 확산으로 인해 3개월에 24일 일하기가 쉽지 않은 사례도 있었음.

□ 기존 재산 기준 및 근로일수는 재산 기준 등의 기준에서 조금 미달하였다는 이유로 지원을 받지 못하는 또 다른 근로취약계층 사각지대를 양산하는 요인이 되고 있다는 점에서 서울형 유급병가 기준보다 완화될 필요가 있음.

□ 또한, 중증, 만성, 희귀질환자는 유급병가지원만으로는 의료서비스 이용이 충족되지 않아 이들을 위한 차등적 기준을 마련하는 방안을 검토할 필요가 있음.

## 나. 서울형 유급병가지원 제도 효과 평가

### 1) 즉각 결과

#### 가) 자격 요건에 모두 적합한 대상자에게 혜택 제공(만족도)

- 서울형 유급병가제도로 인해 수혜자들이 즉각적으로 반응할 수 있는 결과물을 파악하기 위해 수혜자 중심의 비용-편익분석을 수행함으로써 일반적 및 의료적 개인 특성별 비용과 편익의 차이를 확인하였음.
  - 수혜자가 자체 보고한 질병으로 인한 1인 평균 소득손실 대비 유급병가제도 지원금에 의한 편익 비율은 평균 27.87%의 보장성을 가지는 것으로 나타났음. 특히 제도이용의 빈도가 가장 높았던 근골격계질환을 경험하고 있는 수혜자들에서 보장률(47.13%)이 가장 높게 나타나 제도의 주요 목표계층에서 제도의 목적에 부합하는 역할을 잘 수행하는 것으로 확인됨.
  - 하지만 수혜자의 소득손실 대비 편익성은 대상자의 성별, 질병의 특성, 그리고 입원 기간에 따라 가장 큰 차이를 보였으며, 특히 남성(23.64%), 신생물(10.78%), 그리고 장기입원자(25.08%)에서 전체 수혜자 대비 다소 낮은 보장률을 보인 것으로 나타남. 특히 신생물 환자의 경우 보장률이 가장 낮았는데 이는 장기간 근로할 수 없는 상황으로 인해 발생하는 과도한 소득상실액이 기인한다고 볼 수 있음.
  - 이는 유급병가제도가 대상자의 질병으로 인한 소득 및 필수적 생활 지출에 대한 보조적인 역할의 성격을 지닌 점을 고려할 때 제도 보장성에 대한 평가는 대상자의 주요 그룹별로 소득 감소에 대한 보장성 외 다양한 시각 - 간병비, 미충족 의료보장성 등 - 에서 평가할 필요성을 시사하는 것으로 볼 수 있음.
- 제도 제공과정과 수혜성의 효용성을 높이기 위한 전략을 구상할 필요가 있음.
  - 제도 제공의 2 단계적 세분화 (심사 및 접근성의 간략화 vs. 심화한 심사 대상자 구분)
  - 단계적 세분화 내에서 구분되는 수혜자의 특성에 따른 제도 수혜 금액의 적정성(특정 대상자들을 심화한 심사과정을 통해 추가 지원의 가능성)
  - 제도 홍보 및 운영의 효율성을 높여 제도를 이용하는 대상자의 수를 증가시키는 방안(개인, 지역, 집단별 특성에 맞춘 홍보전략, 제도 심사과정의 단순화)

## 나) 유급병가지원 제도는 이용자의 만족도가 높고 국민의 정부에 대한 신뢰도를 높일 수 있는 정책임

- 유급병가를 받는 근로취약계층은 이전에 사회안전망을 경험한 적이 없었지만 유급병가를 통해 수혜를 받은 이후에는 공공의 지원 제도에 대한 만족도 및 신뢰가 높은 것으로 나타남.
  - 신청했지만 기준에 미달하여 수혜를 받지 못한 탈락자, 신청하지 않았지만 비신청자 집단에서도 유급병가지원 제도에 대한 만족도와 공공정책에 대한 신뢰도는 높아짐.
  - 이는 기존 정혜주 외(2019) 연구에서도 나온 결과라는 점에서 상병수당 지원 정책이 정부 정책에 대한 신뢰성과 만족도를 높이는 정책이 될 수 있음을 보여줌.

### 2) 중간 결과

#### 가) 의로서비스 이용률 증가

- 서울형 유급병가지원 제도는 제도가 목표한 의로서비스이용 증가라는 소기의 목적을 달성하는 것으로 보이며, 특히 근골격계 질환자와 경증 건강 문제를 가진 이들에게 친화적인 방향으로 제도가 작동하는 것으로 보임. 제도의 대상자가 미충족 의료를 경험할 위험이 크다는 점, 그리고 이들의 근골격계질환 위험이 크다는 점에서 제도의 의의를 찾아볼 수 있음.
- 외래 및 입원서비스 이용에 있어 서울형 유급병가지원 제도의 수혜자의 의로서비스 이용률이 증가하였으며 통계적으로 유의미한 차이를 확인하였음.
  - 일주일 미만 입원한 집단에서는 외래서비스 및 입원서비스 이용 횟수의 두 집단 간 차이가 있었음. 두 지표 모두 수혜자에서 평균 횟수가 더 많았음.
  - 일주일 이상 입원 집단에서는 수혜자에서 평균 입원 기간이 상대적으로 길었음.
  - 이는 기존의 연구결과와도 일치하는 결과임. 미국 노동자들을 대상으로 유급병가 제도 사용 가능 여부에 따른 의료이용률 평균 또는 분포 차이를 비교한 Peipins 등(2012)의 연구에서는 유급병가 사용 가능한 이들에게 연간 평균 외래서비스를 이용한 비율이 통계적으로 유의하게 높다고 보고하였음.
  - Cook(2011)의 연구에 따르면 유급병가를 사용할 수 있는 집단과 그렇지 않은 집단에서 특히 외래서비스 이용의 차이를 보고하고 있음(OR=1.164; 95% CI: 1.027-1.318). 또한, 미국 내 유급병가제도 효과를 살펴본 Lamsal 등(2021)의 메타분석 결과에서도 유급병가 여부에 따른 외래서비스 이용에 통계적으로 유의미한 차이가 있음을 보고하였음(OR=1.33; 95% CI: 1.25-1.41).

## 나) 현행 서울형 유급병가지원만으로는 경제적 어려움을 해소하기는 어려움

- 수혜자들은 아플 때 병원에 입원하거나 치료를 받는 데 있어서 서울형 유급병가지원 제도가 도움이 되었지만, 미충족 의료를 해소할 정도는 아니었음.
- 수혜자들이 유급병가 지원 외에도 민간 실손보험 등을 더 받는 경우 경제적으로 도움이 되었으며 경제적 도움은 의료서비스 이용량이 늘어나는 요인이 되었음. 설문 조사 분석 결과 민간보험이 없는 근로자에 비해 민간보험이 있는 집단에서 질병 후 의료이용량이 상당히 더 컸음을 확인할 수 있었음.
- 중증, 만성질환의 경우에는 의료비 등이 많이 들고 노동시장으로 바로 복귀가 쉽지 않아 경제적 어려움을 해소했다고 보기 어려움.
- 암과 같은 중증질환의 경우에는 자산 처분의 경험에 더 많았고, 무직 비율이 약 2배 이상 높은 것을 확인할 수 있음.
- 또한, 중증, 난치성 질환의 경우에는 퇴원 후에도 정기적으로 병원을 방문하여 치료를 받거나 검사를 받아야 하나 현재의 유급병가지원만으로는 부족한 것으로 나타남.

## 3) 최종 결과

## 가) 수혜자들은 건강증진과 질병 예방, 적기치료에 대한 긍정적 인식은 있으나 병원에 입원할 정도로 아프지 않은 이상 쉽지 않음

- 서울형 유급병가지원 제도가 근로취약계층의 ‘아프면 쉬는’ 권리를 보장하지는 못함. 앞서 논의하였듯 이들은 아파서 쉬게 되면 일자리를 잃을 위험이 큼에 따라 의료이용 및 이로 인한 제도이용보다는 미충족의료를 경험해도 계속해서 일자리를 유지하는 것으로 보임.
- 따라서 이들이 아프면 쉬 수 있는 제반 조건이 함께 마련될 때 제도가 효과적으로 작동할 것으로 판단됨. 따라서 이들의 일자리 보장을 함께 고려한 연계 체계 마련에 대한 고민이 필요함.
- 수혜자들은 유급병가 이용 후 건강관리를 해서 질병을 예방하겠다는 인식은 있지만, 서울형 유급병가를 지원받겠다고 해서 건강관리를 위해 적극적으로 건강검진을 받고 싶지만 실제로 하루 일당을 포기하고 가는 것은 어려워하였음.
- 유급병가를 지원받아 불필요한 건강검진을 받는 도덕적 해이가 발생한다는 것은 기우에 불과함.

## 나) 서울형 유급병가지원만으로는 생계유지 및 고용유지가 어려움

- 본 연구의 여러 결과를 종합하여 판단한 결과 서울형 유급병가지원 제도가 대상자의 미충족 의료를 해소하는 수준으로 지급되지는 않음.
- 이는 서울형 유급병가지원 제도가 법정 유급휴가가 보장되지 않아 아파도 쉬지 못하는 노동자를 대상으로, 실제 유급병가나 상병수당이 아닌, 법정 유급휴가를 보충하도록 설계되었기 때문으로 판단됨.
- 우리나라는 상병수당이 부재한 한편, 유급병가 역시 기업의 재량으로 정하게 되어 있음. 따라서 노동자들은 대부분 병가를 위해 법정 유급휴가로 병가를 대체하고 있음. 이와 같은 상황에서 서울형 유급병가지원 제도는 법정 유급휴가조차 사용할 수 없어 아프면 쉬는 것이 아니라 일자리를 잃게 되는 취약노동자를 대상으로 생계비를 지원해주는 제도임.
- 다만, 그 기간이 법정 유급휴가 15일조차 전체 보장하지 못하며, 궁극적으로 이들의 상병 이후의 일자리를 보장해주는 것함에 따라 이들의 충분한 의료이용과 제도 신청을 유인하는 데 있어 한계를 가지는 것으로 보임.
- 설문조사 결과 이들이 경험하는 미충족 의료의 이유로 경제적 어려움과 일(시간대 불일치, 병가 사용 불가)이 대다수였음.
- 경제적 어려움과 관련하여 보편적 건강보장은 의료비와 생계비 두 차원에서 논의가 필요함. 전 국민 건강보험 제도에도 불구하고, 우리나라는 의료비에서 비급여 항목이 차지하는 비율이 높음. 따라서 생계비를 지원하더라도 여전히 부담해야 하는 의료비가 존재함.
- 상병수당이 제도의 목적을 달성하기 위해서는 생계비를 보장하는 한편, 다른 한 축에서는 건강보험 보장성 강화 논의가 동시에 이루어지는 것이 바람직할 것으로 판단됨.

## 다) 근로취약계층 유급병가지원 확대를 통한 사회적 비용 감소

- 주제문헌고찰(scoping review) 결과 상병수당 및 유급병가 제도의 시행은 수혜자나 수혜자 가족의 건강 및 사회·경제 상황의 개선에 도움이 되었음.
- 상병수당과 유급병가는 감염병 예방과 의료서비스 이용, 자녀의 상병 시 돌봄이 증가하는데 효과적이었음.
- 상병수당 및 유급병가 제도는 노동자의 생계유지, 고용안정 유지, 일과 가정의 양립에 도움이 되었음.
- 또한, 수혜 기간 중 상병수당 및 유급병가 제도의 수혜에 대한 2차 검증은 수혜자의 제도에 용에 대한 도덕적 해이를 충분히 방지할 수 있음.

- 근로취약계층의 유급병가 이용은 이들의 미충족 의료를 일정 정도 해소할 뿐만 아니라 아플 때 쉬고 다시 노동시장에 진입한다는 점에서 '적극적' 노동시장 정책으로 작동하고 있음.
- 현재 서울형 유급병가지원 제도는 법정 유급휴가조차 사용할 수 없어 아프면 쉬는 것이 아니라 일자리를 잃게 되는 취약노동자를 대상으로 생계비를 지원해주는 제도라는 점에서 취약근로계층이 아플 때 쉴 수 있고 아파서 노동시장에서 탈락을 방지하는 최소한의 사회안전망으로 작동하고 있는 것으로 나타남.
- 하지만 주제문헌고찰 결과에 의하면 고학력·고소득층에 비하여 저소득·저학력 계층에서 유급병가 및 상병수당 제도 이용률 및 이용 일수가 상대적으로 적다는 점에서 근로취약계층의 유급병가 이용을 높이기 위한 정책적 지원이 필요하다는 것을 의미함.
- 유급병가가 근로취약계층의 노동시장에서 탈락 방지 및 그로 인한 실업, 장애 등으로 인한 사회적 비용을 감소시킬 수 있다는 점에서 근로취약계층이 유급병가 및 상병수당 제도를 적극적으로 활용할 수 있도록 하는 제도적 지원이 필요함.

## 2. 한국형 상병수당 제도에 갖는 정책적 함의

### 가. 정책적 함의 1: 효과적인 한국형 상병수당의 설계

#### 1) 성별, 장애, 연령 등에 따라 달라지는 이용 특성을 고려한 설계

- 유급병가 사용은 남성일수록, (경증) 장애가 있을수록, (연령)이 높을수록 더 많이 사용하는 것으로 나타났음.
- 현행 남성이 여성보다 경제활동에 더 많이 참여하고 있고, 공식 노동시장에 좀 더 많이 참여한다는 점에서 남성이 좀 더 많이 사용함.
- 중증장애의 경우에는 장애 수당을 받을 수 있으나 경증 장애의 경우에는 일을 계속할 수밖에 없으며 자주 아플 수 있으므로 더 자주 쉴 수밖에 없음.
- 40대 이후부터 만성질환 등 질병의 증가로 중고령층의 사용이 증가할 수밖에 없음.
- 무급가족 종사자 등 비공식 노동시장에서 일하는 경우가 많아 유급병가 지원 제도에서 상대적으로 사각지대에 있는 여성, 상대적으로 사용횟수가 많은 장애인과 중고령층의 특성을 고려하여 이들의 유급병가 이용을 할 수 있도록 특성을 고려하여 지원하고 다시 노동시장에 진입할 수 있도록 함.

#### 2) 상병수당 제도가 보편적 복지 제도로 기능할 수 있도록 보장성이 강화되도록 설계하고, 이를 통해 상병보험의 재정 확보 및 안정적 재정 조달 방안 마련

- 서울형 유급병가의 수혜자 비용·편익 영향을 분석한 결과 수혜자는 탈락자에 비해 의료비를 더 쓸 수 있었고, 편익 역시 탈락자 대비 수혜자가 더 컸다는 점에서 수혜자에게 경제적으로, 의료적으로 효과적인 도움이 되었음.
- 서울형 유급병가지원 제도와 같이 재산기준 2억 5천만원 이하, 중위소득 100% 이하 기준으로 지원한다면 그 기준에서 약간 높은 재산을 소유하고 있거나 소득을 받는 근로취약계층은 사각지대가 되었다는 점에서 상병수당 제도는 좀 더 많은 계층에게 제공될 수 있도록 설계해야 할 것임.
- 서울형 유급병가지원 제도 지급 기준인 현재 서울시 생활임금 수준의 지급은 실손보험 등 민간보험에 가입한 가입자에게는 충분히 도움이 되는 지원이 될 수 있는 것으로 나타남. 그러나 서울형 유급병가 지급액은 민간보험에 가입하지 못한 이용자에게는 최저 보장 수준이며 이용자에게 도덕적 해이가 발생하지 않았음.
- 서울형 유급병가지원 제도는 수혜자에게 1일 8만원, 최대 100만원 정도를 입원 일수에 따라 정액제로 보장하고 있는 반면에 민간보험에서는 입원비 및 치료비 등을 실비로 보장하거나 서울형 유급병가지원 제도 보다 두 배 정도 보장성이 높았음. 또한 경제성 평가에서도 민간보험 가입자는 미가입자보다 아플 때 의료비 더 많이 지출할 수 있는 것으로 나타남.
- 현재 서울형 유급병가지원 제도 이용자는 중위소득 100% 이하로 최저임금 수준보다 낮은 계층이고, 아프면 일을 그만두어야 하는 고용불안정성을 겪고 있어 입원할 정도로 아프지 않은 이상은 제도 이용을 하기 쉽지 않았음. 따라서 서울형 유급병가지원 제도 이용 시 도덕적 해이가 발생한다고 보기 어려움.
- 현재의 서울형 유급병가지원 제도의 보장성 수준이 민간보험보다 낮은 상황에서 서울형 유급병가 지급 기준 이하로 상병수당 지급 기준을 설정하거나 최저임금 수준에서 지급하는 경우 상병수당 이용률은 떨어질 수밖에 없음.
- 또한 상병수당 도입 시 아프면 일을 그만두어야 하는 취약근로계층에게 도덕적 해이를 이유로 3일 이상 대기기간을 설정하는 것은 충분히 쉬지 못하고 일을 하러 나가게 되는 요인이 될 수 있음. 따라서 3일 이상의 대기기간을 설정하는 것은 제도의 이용률을 낮추는 요인이 될 수 있음.
- 상병수당의 보장성 강화를 위해서는 아픈 근로자들이 실질적으로 쉴 수 있는 지급 수준을 설정하여 설계해야 함.

- 현재 서울형 유급병가는 이용대상자들이 보험료를 별도로 내지 않고 지급하는 제도임에도 불구하고 생활비를 보장할 만큼 보장성이 높지 않아 이용률이 높지 않음.
  - 사업주가 보험료를 부담하는 산재보험의 경우 4일 이상 요양 중인 산재환자에게 입원비, 수술비, 진찰비 등 요양급여를 지급하고, 산재로 인해 취업하지 못한 기간에는 휴업급여를 평균임금의 70% 수준에서 지급하고 있음.
  - ILO가 2012년 채택한 '사회적 보호 최저선에 관한 권고(제202호)' 의하면 질병이 발생한 근로자에 대해 가족구성원 수까지 고려하여 일상생활이 가능할 수 있도록 지급해야 한다고 명시하고 있어 최저임금이 아닌 생활임금 수준 이상이 되어야 최소한의 보장이 될 수 있음.
  - 향후 정부에서 도입할 상병수당 제도가 이용자들이 보험료를 내는데도 불구하고, 서울형 유급병가지원 제도 보다 상병수당이 낮게 지급된다면 이용자들은 정부의 상병보험을 가입하지 않거나 가입해도 보험료를 납부에 대한 저항이 있을 수 있으며 보장성이 더 높은 민간보험만 이용할 수 있음.
- 상병수당 제도가 보편적 복지 제도로 실질적으로 작동하기 위해서는 상병수당 지급 시 실질적으로 쓸 수 있도록 지원해야 하고, 보편적 복지로 작동할 수 있는 예산 확보 및 안정적 예산 조달 방안을 마련해야 함.
- 상병수당 제도가 보편적 사회안전망으로 작동하기 위해서는 대기기간을 최소화하고, 서울형 유급병가 지급 기준보다는 높거나 민간보험 수준과 비슷한 보장성을 제공할 수 있도록 설계해야 함.
  - 향후 도입될 상병수당 제도가 높은 보장성을 제공하는 대신에 합리적인 상병보험료를 부과한다면 이용계층의 저항을 줄일 수 있어 충분한 예산 확보가 가능하고 안정적인 재정 조달을 모색할 수 있음.

## 나. 정책적 함의 2: 효율적인 제도의 운용

### 1) 이용자 친화적 관점에서 시스템 운영

- 도덕적 해이 등을 우려하여 제도를 감시 위주, 또는 행정 편의 위주로 설계하여 운영한다면 오히려 제도이용의 문턱이 높아져 이용률이 저조하게 되는 원인이 되었음.
- 비사무직이나 중고령 근로취약계층은 사회보장 제도를 이용하는데 익숙하지 않다는 점에 서 그에 맞는 맞춤형 행정 시스템으로 운영하고 지속적으로 개선해야 할 것임.

- 홍보의 경우에도 불특정 다수 대상 현수막, 버스 광고 위주의 홍보보다는, 청년층은 SNS를 통한 홍보를 하고, 중·고령층은 문자 및 카카오톡 발송으로 개인의 특성에 맞는 맞춤형 홍보를 통해 홍보의 효율성을 높일 필요가 있음.

### 2) 신청 시 본인 증빙서류 제출은 최소화하고 조회 시스템을 통한 선정 필요

- FGI에 참여한 대다수는 현재의 증빙서류 제출이 불편하다고 응답함. 이는 사회보장제도 이용에 익숙하지 않은 것도 하나의 요인임.
- 이용자의 대부분 민간 실손보험 청구 경험이 있는 만큼 민간 실손보험을 수령한 이들은 앱을 통해 사진을 찍거나 병원정보를 보험사로 바로 보내는 민간보험의 청구 방식에 비해 서울형 유급병가지원 제도는 방문해야 하는 번거로움이 있고, 전세 계약서 등 제출해야 하는 서류가 많았다고 인식하였음.
- 따라서 제출서류를 최소화하고, 인터넷, 스마트 폰을 이용한 비대면 접수 등 신청방법을 다양화하여 신청 절차에서 소모되는 시간을 단축하는 것이 필요함.
- 또는 최근 행복이음시스템, 국세청, 병원 등과 연계하는 조회 시스템을 구축하여 유급병가 신청 시 재산 등 조회를 공공기관에서 할 수 있도록 이용자 편의 중심의 조회 시스템을 구축하는 것도 한 방법이 될 수 있음.

### 3) 담당자의 고용안정을 통한 지원 서비스의 질 제고

- 서울형 유급병가지원 제도는 현재 각 자치구 보건소에 유급병가지원 업무 전담자를 배치하고 있어 상담 및 신청 시 이용자들의 만족도가 높음. 그러나 이들의 불안한 고용(기간제), 짧은 근무일수, 접수 및 신청 외 재산을 조회할 수 없는 업무 권한은 이용자가 이용하는 데 도움이 되기 어려움.
- 보건소의 서울형 유급병가지원 전담 업무 담당자에 대한 이용자들의 만족도가 동주민센터 담당자에 비해 상대적으로 높은 것으로 나타남. 또한, 이들 모두 사회복지사 자격증이 있음에도 불구하고 기간제로 일하기 때문에 업무에 대한 노하우가 있고 지역 근로취약계층의 특성을 파악해도 2년 이내에 그만두기 때문에 이용률이 저조해질 수 있음.
  - 현행 업무 담당자들이 접수 지원 및 상담 외에도 재산 및 소득을 조회하여 지급까지 원스톱으로 지원할 수 있도록 하여 업무의 일관성을 높이고 효율적으로 운영할 필요가 있음.

## 다. 정책적 함의: 보편적 수혜효과와 확산

### 1) 적극적 노동시장 정책으로 작동하기 위해서는 제도의 보장성 강화 필요

- 지역별 노동자건강관리체계 설계 및 운영을 통한 유급병가 이용자의 만성질환 관리, 질병예방, 질병악화로 인한 장애 발생으로 노동시장 탈락 방지 지원
  - 유급병가를 받아 회복 후 원래 노동시장 복귀할 수 있도록 지원하거나 건강상태에 따라 이직 및 업종 변경을 위한 직업소개, 직업훈련과의 시스템과 연계하여 적극적 노동시장으로 작동해야 할 것임.
  - 소규모 사업장에 공공 대체인력 시스템 도입으로 근로취약계층이 아플 때 쉴 수 있도록 하고 영세사업장 사업주는 숙련인력 이탈 방지로 사업주도 상생하는 상병수당 제도로 운영할 필요가 있음.

### 2) 노동자 맞춤형 통합 건강관리체계의 필요

- 상병수당의 효과적 작동을 위해서는 맞춤형 통합 건강관리체계 구축을 통해 노동자가 아프기 전에 질환을 예방할 수 있도록 관리하는 것이 필요함.
  - 이를 위해서는 상병 노동자의 질병 종류, 중증도 등을 고려한 맞춤형 서비스를 지원하는 것이 바람직 함.
  - 또한 지역별로 취약근로계층의 특성과 분포를 파악하여 그에 맞는 건강관리체계의 구축이 필요함.

### 3) 아픈 노동자 돌봄지원체계 구축으로 보장성 강화

- 상병수당의 효과적 작동을 위해서는 간병 등 돌봄체계 마련과 확대가 시급함.
  - 인터뷰에 응한 연구참여자 대부분은 병원 퇴원 후에도 외래진료나 집에서 요양 시 동행 등 간병이 필요함에도 현재 서울형 유급병가는 간병비까지는 지원하지 않음.
  - 특히 1인 가구이거나 가족이 있어도 경제적 활동으로 쉴 수가 없어 간병을 받지 못하는 경우 회복되는 데 어려움이 있음.
- 본인이 아니라 가족이 아플 때도 간병 및 돌봄 지원이 필요함.
  - 가족이 아픈 경우에도 경제적 활동을 못 하고 돌봄을 수행하는 이중고에 시달려도 지원이 되지 않음.

- 현재 서울시에서는 1인 가구 및 65세 이상 취약계층을 대상으로 요양보호사의 병원 동행 서비스를 2021년 11월부터 시작하고 있다는 점에서 아픈 사람들에게는 병원비가 필요할 뿐만 아니라 회복되어 사회로 복귀할 수 있도록 하는 돌봄 지원이 필요함.

- 1인 가구 및 돌봄 공백이 있는 아픈 노동자나 상병수당 제도 이용자를 위한 돌봄지원체계 구축 및 간병수당 지급 등을 통해 보장성을 강화하여 노동시장으로 복귀할 수 있도록 한다면 유급병가지원 제도의 원래 목적인 적극적 노동시장 정책으로 작동하는 데 도움이 될 수 있음.
- 「산업재해보상보험법」에서는 제40조에서는 근로자가 업무상 사유로 다치거나 질병에 걸린 경우 3일 이내 요양으로 치유되지 않는 경우에 요양급여를 지급하고 있음.
- 서울시에서는 돌봄 SOS 지원 사업을 통해 만 50세 이상 성인, 장애인을 대상으로 중위소득 85% 이하 시민은 전액 지원하며, 일시제가, 단기시설, 동행 지원, 주거 편의, 식사 지원 등의 간병서비스를 제공함.
  - 단 COVID-19으로 중위소득 100% 이하 시민 한시 전액지원이며 그 외 시민은 본인 부담으로 제공하고 있음.



## 제3부

### 한국형 상병수당 도입에 대한 국민 인식 조사

제6장 대국민 설문조사  
제7장 이해관계자 심층면접





## 제6장

### 대국민 설문조사

제1절 조사 개요

제2절 응답자 특성

제3절 상병 발생 규모 및 병가 제도 현황

제4절 상병 발생 후 대응 및 사회보장제도 관계

제5절 상병수당에 대한 인식 및 부담의사

제6절 소결

## 제6장 대국민 설문조사

### 제1절 조사 개요

#### 1. 조사의 배경 및 목적

- 상병수당 도입에 대한 인식 파악 및 한국형 상병수당 모형설계를 위한 조사 실시
- 대국민 설문조사를 통해 취업 기간 중 발생한 상병 및 그에 대한 대응 경험, 병가 제도 실태, 상병 발생 시 사회안전망 현황, 상병수당에 대한 인식 등 조사
  - 이를 통해 상병수당 제도 대상의 규모 추정, 고용형태별 상병 경험 대응 차이 파악, 상병수당 제도의 필요도 및 부담의사 파악, 사회적 편익 추정 근거 마련 등을 위한 기초자료로 활용
    - ① 상병수당 적용 대상자의 특성 및 상병 근로자 공적 사각지대 파악
    - ② 병가 제도 실태 및 공적 사회안전망 수준 파악
    - ③ 상병수당에 대한 필요도와 부담의사 파악 및 사회적 편익 추정 근거 마련

#### 2. 조사의 개요 및 표본설계

##### 가. 조사의 개요

- 조사대상은 전국에 거주하는 만 19~74세 남·여로, 구조화된 설문지를 이용한 온라인 설문조사 실시함.
- 조사 규모는 8,000명으로, 취업자 7,000명과 비경제활동 인구 및 실업자 1,000명을 대상으로 함.
- 주요 조사 영역별 조사 목적 및 조사 내용은 아래 <표 3-6-1>과 같음.

### 324 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

<표 3-6-1> 주요 조사 영역별 조사 목적 및 내용

구분	A. 조사대상 선별 및 현재 일자리 특성	B. 현재 상병 발생 시 사회안전망	C. 과거 상병 경험 및 대응	D. 상병수당에 대한 인식	E. 일반사항
목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 취업자·비취업자, 연령·성별(·지역) 인구대표성 확보 위한 표본 설계</li> <li>- 현재 일자리 특성 파악</li> <li>- 공적 사회안전망 수준 파악</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 제도 대상 규모 추정</li> <li>- 현재 일자리 병가제도 실태 파악</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 고용형태별 상병 경험 시 대응의 차이 파악</li> <li>- 공적 상병수당 제도 객관적 필요도 파악</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 상병수당 필요도·부담의사, 사회적 편익 추정 근거 마련</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 필요 및 자격, 인식수준 분석을 위한 건강상태 파악</li> <li>- 개인 및 가구특성 파악</li> </ul>
주요 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연령·성별(·지역): 19~74세</li> <li>- 종사상지위</li> <li>- 임금근로자 사업체 규모</li> <li>- 경제활동상태</li> <li>- 사회보험 가입 현황 및 유형, 공적연금 가입 및 수급 상태 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 임금근로자 병가 내용과 사용 실태</li> <li>- 병가 제도 유무, 소득대체 수준 등</li> <li>- 병가 사용 현황 및 행태</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 취업 및 상병 경험</li> <li>- 경제활동상태별 근로일수 및 상병일수</li> <li>- 상병 결근에 대한 대응</li> <li>- 주된 상병에 대한 경험</li> <li>- 원인 질환 및 의료 이용</li> <li>- 소득 및 일자리 상실 경험</li> <li>- 공사적 안전망 사용 경험</li> <li>- 상병 발생 시 생계 수단</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 상병수당 및 필요에 대한 인식</li> <li>- 상병발생 시 우려되는 점</li> <li>- 상병발생 시 공적안전망에 대한 인식</li> <li>- 상병수당에 대한 이해도 및 선호도</li> <li>- 상병수당에 대한 태도 및 부담의사</li> <li>- 상병수당 도입에 대한 부담의사</li> <li>- 민간보험 유지 여부</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주관적 건강상태, 질환분류, 건강검진, 가구소득, 장애인 등록 여부 등</li> </ul>
조사 대상	취업자 7,000명 - 종사상지위별, 사업체규모별 대표 표본	취업자 7,000명	취업자 7,000명	취업자 7,000명	취업자 7,000명
	비취업자 1,000명	비취업자 1,000명	비취업자 1,000명	비취업자 1,000명	비취업자 1,000명

## 나. 표본설계

### □ 할당 표본 추출

- 성, 연령, 지역별 인구비례 할당, 취업자는 종사상지위별 할당을 추가
  - 지역은 크게 6개 권역으로 구분함.

〈표 3-6-2〉 표본설계: 지역구분

구분	내용
서울	서울
경기/강원	경기, 강원, 인천
충청	충북, 충남, 대전, 세종
호남	전북, 전남, 광주, 제주
경북	경북, 대구
경남	경남, 부산, 울산

### ○ 취업자 기준 자료

- 2020년 '통계청 「경제활동인구조사」'의 행정구역(시도)/종사상지위별 취업자 인원을 기준으로 지역별 할당을 추가함.
- 취업자 중 임금근로자(상용근로자, 임시근로자, 일용근로자)의 경우 사업체 규모별로 추가 할당 실시

〈표 3-6-3〉 표본설계: 종사상지위별 취업자 인원

(단위: 명)

구분	1~4인	5~29인	30인 이상	계
19~29세	184	287	285	756
30~39세	271	351	474	1,096
40~49세	424	406	466	1,296
50~59세	515	397	387	1,299
60~64세	254	134	82	470
65~74세	251	115	50	416
계	1,899	1,690	1,744	5,333

### ○ 실업자, 비경제활동인구 기준 자료

- 2020년 '통계청 「경제활동인구조사」'의 각 실업자, 비경제활동인구의 행정구역\*성별\*연령별 조합하여 산출

## 다. 참고사항

### □ 조사결과 및 결과 제시

- 전체 9,486명(취업자: 8,269명, 비취업자(비경제활동 인구 및 실업자): 1,217명) 응답 완료
  - 이는 당초 계획에 따른 조사대상 8,000명보다 1,486명 많은 사례수로, 이 조사에서 중요 조사대상인 일용직 및 5인 미만 사업장 임금근로자 사례수 확보 위해 8,000명 조사 완료 후에도 계속 조사를 진행한 까닭임.
- 조사 이후 모집단 구조와 조사된 표본(조사 완료한 9,486명)의 구조를 유사하게 맞추기 위해 성, 연령, 경제활동 참여 상태 정보를 활용해 가중치를 적용하여 조정함.
- 결과표 제시 시, 사례수는 실제 조사 응답자 수(전체 9,486명)를 기재하였고 비율은 인구대표성을 지닐 수 있도록 가중치를 적용하였음.
  - 비율은 소수점 둘째자리에서 반올림하였으므로 세목과 그 합계가 일치되지 않는 경우가 있을 수 있음.
  - 결과표 중 복수응답 설문은 구성비의 합계가 100.0을 초과할 수 있음.

## 제2절 응답자 특성

〈표 3-6-4〉응답자 인구학적 특성, 일자리 특성 조사 항목

구분	문항	
인구학적 특성 및 지역	연령	
	성별	
	지역	
	종사상지위	
일자리 특성	사업체규모	
	산업	
	직업	
	고용형태	기간제근로자
		일일근로자
		한시적근로자
		단시간근로자
		파견/용역근로자
		재택/가내근로자
		특수형태근로자
	근로일수	
	월평균 임금/보수 (임금근로자)	
	월평균 소득 (비임금근로자)	
	고용보험 가입 상태	
사회보험 가입 현황	공적 의료보장 형태	
	공적연금 가입, 수급 상태	

주: 음영이 들어간 문항은 표본설계에 사용되는 항목임.

### □ 응답자 인구학적 특성, 일자리 특성

#### ○ 조사표 A. 조사대상 선별 및 현재 일자리 특성 조사 문항

#### ○ 인구학적 특성 및 지역: 연령, 성별, 지역

- 표본설계에서 고려되는 인구학적 특성

〈표 3-6-5〉응답자 인구학적 특성 및 지역 분포

(단위: 명, %)

항목		사례수	%
전체		9,486	100.0
성별	남자	5,356	48.4
	여자	4,130	51.6
연령대	20대	1,338	15.8
	30대	1,904	16.9
	40대	2,286	19.4
	50대	2,324	20.2
	60대 이상	1,634	27.7

항목		사례수	%
거주지역	서울	1,833	19.5
	부산, 울산, 경남	1,011	10.8
	대구, 경북	1,030	11.4
	인천, 경기	796	8.4
	광주, 전라	947	10.2
	대전, 세종, 충청	3,503	36.0
강원, 제주		366	3.8

#### ○ 일자리 특성

- 종사상지위: 표본설계에서 가장 중요하게 고려되는 경제활동 변수

- 상용직, 임시직, 일용직, 고용주, 자영자, 무급가족종사자, 실업자, 비경제활동인구

- 임금근로자 사업체규모: 표본설계에서 5인 미만 소규모 사업체 종사자가 충분히 포함될 수 있도록 응답자 선정

- 산업, 직업

- 임금근로자 고용형태

- 정규직, 비정규직(기간제근로자, 일일근로자, 한시적근로자, 단시간근로자, 파견/용역근로자, 재택/가내근로자)

- 특수형태근로종사자, 플랫폼 노동자: 모든 취업자 응답

〈표 3-6-6〉특수형태근로종사자

(단위: 명, %)

	상용	임시	일용	고용주	자영자	무급가족	전체
전체	260 (25.7)	194 (20.1)	85 (8.7)	74 (6.6)	310 (34.4)	41 (4.5)	964 (100.0)
① 보험설계사	55 (30.9)	26 (15.5)	5 (3.1)	9 (5.2)	57 (42.3)	5 (3.1)	157 (100.0)
② 건설기계운전자	22 (29.3)	9 (12.2)	14 (19.5)	5 (7.3)	19 (26.8)	3 (4.9)	72 (100.0)
③ 학습자·교육교구 방문강사	31 (25.0)	35 (30.9)	3 (2.9)	8 (5.9)	41 (33.8)	1 (1.5)	119 (100.0)
④ 골프장캐디	3 (50.0)	0 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)	2 (25.0)	1 (25.0)	7 (100.0)
⑤ 택배기사	11 (25.0)	4 (8.3)	16 (37.5)	1 (4.2)	8 (20.8)	2 (4.2)	42 (100.0)
⑥ 퀵서비스기사	3 (9.1)	4 (9.1)	12 (31.8)	5 (13.6)	10 (27.3)	3 (9.1)	37 (100.0)
⑥ 퀵서비스기사 : 음식배달		4	9	5	6	2	26
⑥ 퀵서비스기사 : 물품운송	3	1	3	0	4	2	13
⑦ 대출모집인	5 (25.0)	7 (41.7)	2 (8.3)	1 (0.0)	3 (16.7)	1 (8.3)	19 (100.0)
⑧ 신용카드회원 모집인	4 (50.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	6 (100.0)

	상용	임시	일용	고용주	자영자	무급가족	전체
⑨ 대리운전기사	3 (14.3)	1 (0.0)	7 (35.7)	2 (7.1)	10 (42.9)	1 (0.0)	24 (100.0)
⑩ 방문판매원	19 (21.2)	17 (19.2)	4 (3.8)	10 (9.6)	29 (38.5)	10 (7.7)	89 (100.0)
⑪ 대여제품 방문점검원	8 (27.8)	11 (38.9)	2 (11.1)	5 (11.1)	4 (11.1)	1 (0.0)	31 (100.0)
⑫ 가전제품 설치·수리기사	20 (36.4)	8 (15.2)	4 (6.1)	4 (6.1)	17 (33.3)	2 (3.0)	55 (100.0)
⑬ 화물자동차 운수사업법에 따른 특수장비 화물차주	12 (22.6)	3 (6.5)	4 (6.5)	4 (6.5)	26 (51.6)	3 (6.5)	52 (100.0)
⑭ 소프트웨어기술자	38 (33.8)	13 (10.8)	4 (4.6)	10 (7.7)	39 (40.0)	2 (3.1)	106 (100.0)
⑮ 방과후 강사	26 (16.5)	55 (37.4)	7 (4.4)	10 (95.5)	44 (29.7)	6 (6.6)	148 (100.0)

- 성별·연령별 종사상 지위, 건강상태

○ 사회보험 가입 현황

- 고용보험 가입 상태

- 공적 의료보장 형태

- 공적연금 가입, 수급 상태

〈표 3-6-7〉 응답자 종사상지위와 취업자 업종 및 직업 분포

(단위: 명, %)			
항목		사례수	%
전체		9,486	100.0
경제활동 참여상태	상용근로자	4,789	33.3
	임시근로자	1,233	9.5
	일용근로자	408	3.0
	고용원이 있는 자영업자	461	3.1
	고용원이 없는 자영업자	1,111	9.0
	무급가족종사자	267	2.3
	실업자	383	2.5
	비경제활동인구	834	37.5
전체		8,269	100.0
업종	농림어업	124	1.6
	광업·제조업	1,029	12.2
	건설업	604	7.2
	도매 및 소매업	1,238	14.8
	숙박 및 음식점업	500	6.3
	금융 및 보험업	252	3.2

항목		사례수	%
	교육서비스업	1,047	12.6
	전기, 가스, 증기 및 공기조절공급업	110	1.3
	운수 및 창고업, 정보통신업	437	5.2
	전문, 과학 및 기술서비스업	684	8.2
	공공행정, 국방 및 사회보장 행정	362	4.4
	보건업 및 사회복지 서비스업	766	9.1
	사업시설관리, 사업지원 및 임대 서비스업	271	3.3
	기타(부동산, 수도·하수·폐기물처리, 예술 등)	845	10.6
전체		8,269	100.0
직업분류	관리자	1,453	17.2
	전문가 및 관련 종사자	1,447	17.4
	사무 종사자	2,425	28.8
	서비스 종사자	1,144	14.2
	판매 종사자	583	7.4
	농림·어업 숙련 종사자	66	.9
	기능원 및 관련 기능 종사자	328	3.9
	장차·기계 조작 및 조립 종사자	193	2.3
	단순노무 종사자	630	7.9
	기타	0	0.0

〈표 3-6-8〉 임금근로자 사업체 규모와 근로형태 분포

(단위: 명, %)			
항목		사례수	%
임금근로자 전체		6,430	100.0
종사자 수	5인 미만	1,734	27.2
	5~29인	2,260	35.2
	30~99인	846	13.0
	100~299인	601	9.3
	300~999인	452	7.0
	1000인 이상	537	8.3
임금근로자 전체		6,430	100.0
근로형태	정규 근로자	2,262	34.5
	비정규 근로자	4,168	65.5
	한시적 근로자	3,421	53.7
	기간제근로자	2,217	34.9
	시간제 근로자	1,436	23.5
	비전형근로자	1,445	23.0
	파견근로자	248	4.0
	용역근로자	245	4.1

항목		사례수	%
	특수형태근로종사자	539	8.5
	가정내근로자	177	2.8
	일일근로자	644	15.7

〈표 3-6-9〉응답자 사회보험 가입 현황

(단위: 명, %)

항목		사례수	%
전체		9,486	100.0
고용보험 가입상태	비해당	1,671	27.9
	가입	5,463	39.5
	비가입	1,878	26.1
	모름	474	6.6
공적 의료보장 형태	국민건강보험 직장가입자	5,521	40.2
	국민건강보험 직장가입자의 피부양자	965	20.1
	국민건강보험 지역가입자(세대주)	1,583	16.3
	국민건강보험 지역가입자(세대원)	1,198	20.0
	의료급여 1종	89	1.7
	의료급여 2종	66	1.0
	기타(국가유공자 등)	64	0.8
공적연금 가입/수급 상태	연금 수급하면서 가입	1,297	14.2
	연금 수급	620	10.4
	연금 가입	5,831	49.3
	미가입	1,738	26.0

〈표 3-6-10〉종사상지위별 고용보험 가입 현황

(단위: %)

구분	비해당	가입	비가입	모름	전체
전체	27.9	39.5	26.1	6.6	100.0
종사상지위	상용근로자	5.7	88.0	4.3	2.0
	임시근로자	17.3	50.6	23.1	9.0
	일용근로자	25.2	26.6	33.1	15.1
	고용주	19.7	54.4	24.9	1.0
	자영자	33.6	13.5	48.3	4.6
	무급가족종사자	33.6	11.1	43.0	12.2
	실업자	32.9	10.7	43.4	13.0
	비경활	49.1	3.1	38.3	9.5

〈표 3-6-11〉종사상지위별, 가구소득수준별 공적 의료보장 형태

(단위: %)

구분	국민건강보험 직장가입자	국민건강보험 직장가입자의 피부양자	국민건강보험 지역가입자 (세대주)	국민건강보험 지역가입자 (세대원)	의료급여 1종	의료급여 2종	기타(국가유 공자 등)	전체
전체	40.2	20.1	16.3	20.0	1.7	1.0	0.8	100.0
종사상지위	상용근로자	90.9	1.9	4.4	2.1	0.3	0.2	100.0
	임시근로자	45.5	15.2	18.3	18.4	0.8	0.9	100.0
	일용근로자	21.5	18.2	32.0	19.4	2.6	2.9	100.0
	고용주	59.8	5.0	25.2	8.7	0.6	0.2	100.0
	자영자	13.5	12.1	48.8	22.6	1.1	1.1	100.0
	무급가족종사자	11.7	23.3	22.5	38.9	1.2	1.4	100.0
	실업자	7.7	25.2	27.3	34.8	2.3	1.8	100.0
	비경활	3.7	40.2	15.5	34.5	3.3	1.6	100.0
가구소득	1000만원 미만	22.1	24.3	15.0	24.4	9.9	3.5	100.0
	1000~2000만원 미만	30.0	21.0	19.0	24.5	2.4	2.1	100.0
	2000~3000만원 미만	38.4	19.4	16.9	23.2	1.0	0.3	100.0
	3000~4000만원 미만	49.9	17.4	14.8	15.8	0.9	0.1	100.0
	4000만원 이상	51.1	21.5	13.7	12.1	0.6	0.3	100.0

〈표 3-6-12〉종사상지위별, 가구소득수준별 공적연금 및 수급 상태

(단위: %)

구분	연금 수급하면서 가입 (연금에 가입 상태이며, 연금 급여를 수급하고 있다.)	연금 수급 (연금에 가입 상태가 아니고, 연금 급여를 수급하고 있다.)	연금 가입 (연금에 가입 상태이며, 연금 급여를 수급하지 않고 있다.)	미가입 (연금에 가입 상태가 아니고, 연금 급여를 수급하지도 않고 있다.)	전체
전체	14.2	10.4	49.3	26.0	100.0
종사상지위	상용근로자	17.0	3.4	74.5	5.2
	임시근로자	14.4	9.5	43.9	32.2
	일용근로자	9.1	8.9	39.6	42.4
	고용주	11.3	6.7	68.8	13.2
	자영자	9.3	10.7	54.5	25.6
	무급가족종사자	12.6	8.7	42.6	36.1
	실업자	7.2	10.0	39.7	43.2
	비경활	14.1	17.5	27.3	41.1
가구소득	1000만원 미만	10.8	14.4	26.0	48.8
	1000~2000만원 미만	13.9	11.0	42.8	32.2
	2000~3000만원 미만	14.3	11.2	45.9	28.5
	3000~4000만원 미만	16.1	10.2	56.0	17.8
	4000만원 이상	13.6	7.6	62.7	16.1

## □ 응답자 건강상태, 가구/개인특성

## ○ 조사표 E. 일반사항

## ○ 건강상태

- 주관적 건강상태
- 건강상의 문제로 일상생활이나 사회활동 제한 여부, 가장 일상생활에 지장을 주는 문제 및 그 문제의 지속기간
- 최근 2년 동안 건강검진 수검 여부, 건강검진 유형

## ○ 가구/개인특성

- 2020년 연간 가구 총 소득
- 국민기초생활보장 생계급여, 근로장려금 수급 여부
- 가구원 수
- 등록장애인 여부

〈표 3-6-13〉 응답자 건강상태, 가구/개인특성 조사 항목

구분	문항
건강상태	주관적 건강상태
	건강상의 문제로 일상생활이나 사회활동 제한 여부
	가장 일상생활에 지장을 주는 문제 및 그 문제의 지속기간
	최근 2년 동안 건강검진 수검 여부, 건강검진 유형
가구/개인특성	2020년 연간 가구 총 소득
	국민기초생활보장 생계급여 수급 여부
	근로장려금 수급 여부
	가구원 수
	등록장애인 여부

〈표 3-6-14〉 응답자 건강상태, 가구/개인특성 분포

(단위: 명, %)

	항목	사례수	%
평소 건강상태	전체	9,486	100.0
	나쁜편	1,071	11.3
	보통	4,356	45.9
	좋은편	4,059	42.8
가구소득	1,000만원 미만	59	1.3
	1,000~3,000만원미만	2,122	22.6
	3,000~5,000만원미만	3,135	34.1
	5,000~7,000만원미만	2,277	23.4
	7,000~10,000만원미만	1,370	13.5
	10,000만원이상	523	5.1

	항목	사례수	%
동거 가구원수	1인	1,567	13.8
	2인	1,920	23.8
	3인	2,532	26.7
	4인	2,787	28.3
	5인 이상	680	7.5
가구균등화소득	1000만원 미만	347	5.1
	1000-2000만원 미만	2,131	23.8
	2000-3000만원 미만	3,063	33.0
	3000-4000만원 미만	1,884	18.3
	4000만원 이상	2,061	19.8
생계급여 수급		295	4.8
2020년 근로장려금 수급		1,068	9.6

〈표 3-6-15〉 균등화 가구소득 구간별 국민기초생활보장 생계급여, 근로장려금 수급 여부

(단위: %)

구분	생계급여 수급받는 비율	2020년 근로장려금 수급률
전체	4.8	9.6
가구균등화소득	1000만원 미만	16.7
	1000-2000만원 미만	6.8
	2000-3000만원 미만	3.9
	3000-4000만원 미만	3.2
	4000만원 이상	2.2

〈표 3-6-16〉 연령구간별 건강상태

(단위: %)

구분	매우 나쁘다	나쁜 편이다	보통이다	좋은 편이다	매우 좋다	전체
전체	1.8	11.4	46.1	35.3	5.4	100.0
연령별	30세 미만	1.2	8.6	34.2	44.5	11.4
	30대	1.0	8.8	42.1	42.3	5.8
	40대	1.5	9.3	51.1	33.6	4.5
	50대	2.2	12.8	49.5	31.6	3.8
	60대 이상	2.5	15.1	49.1	29.7	3.5

### 제3절 상병 발생 규모 및 병가 제도 현황

#### ○ 조사표 B. 현재 상병 발생 시 병가 제도

〈표 3-6-17〉 상병 발생 규모 및 병가 제도 현황 조사 항목

구분	문항
지난 1년 상병 발생일 및 병가 사용 현황	지난 1년 아파서 일하지 못한 날 수
	지난 1년 아파도 일한 날 수
	지난 1년 아파서 일하지 못한 날 처리 방식
프리젠테즘 (presenteeism)	아파도 일을 한 이유
	아파도 일 했을 때 원인
	아파도 일 했을 때 생산성
병가 제도 현황 및 접근성	휴가 정책 제공 현황
	부상·질병 발생 시 휴가정책 우선순위
	질병 휴가 최대 기간(병가, 휴직)
	질병 휴가 기간 임금수준(%)
	질병 휴가 사용 쉬운 정도
	사용이 어려운 이유
	질병 휴가 사용 후 불이익
	질병 휴가 이용 위해 필요한 조치

#### 가. 상병 발생 규모

##### □ 상병수당 제도 대상 규모 파악을 위한 취업자 상병 발생률 추정

- 상병 발생률 = (지난 1년 전체 취업자 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날)/(지난 1년 근로일 수, 파트 A)
- 지난 1년 전체 취업자 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날 = 지난 1년 아파서 일하지 못한 날 수 + 지난 1년 아파도 일한 날 수
  - 지난 1년 아파서 일하지 못한 날 처리 방식:
    - (임금근로자) 휴가(유급연차, 무급 생리휴가, 기타·사업주 재량 등), 병가(유급, 무급), 질병휴직(유급, 무급), 결근.
    - (비임금근로자) 휴업(사업이나 영업 일시적 중단), 휴무(일정 기간 본인은 업무를 쉬)
  - 일자리 특성별 아파서 일하지 못한 날 처리 유형의 분포

〈표 3-6-18〉 성별·연령별 고용률

(단위: 명, %)

구분		응답자 수 (명, A)	고용률 (%)
전체		9,486	60.1
성별	남성	5,356	71.2
	여성	4,130	49.6
연령대	20대	1,338	54.0
	30대	1,904	73.2
	40대	2,286	75.2
	50대	2,324	72.3
	60~64세	958	57.7
	65~74세	676	25.3

○ 〈표 3-6-16〉은 전체 표본에서 취업자와 지난 1년 상병 경험자 및 아파서 일을 쓴 경험자의 비율로 상병수당의 정책대상자 규모와 현황을 파악하기 위한 밀그림을 보여줌.

○ 지난 1년 취업자의 근로기간 대비 상병일의 비율인 상병 발생률은 2.8%

- 연령별 상병발생률은 연령이 높아질수록 높아져 20대 2.0%에서 50대 3.4%, 60대 이상 3.7%로 점증

〈표 3-6-19〉 취업자 지난 1년 근로일수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (인구학적 특성별)

(단위: 명, 일, %)

구분		취업자 수	연간 근로일수 (일, A)	아팠던 날 (일, B)	상병 발생률(%) (B/A×100)
전체		8,269	212.4	5.9	2.8
성별	남성	4,817	222.9	5.9	2.6
	여성	3,452	198.2	6.0	3.0
연령대	20대	1,094	177.4	3.6	2.0
	30대	1,743	225.6	4.9	2.2
	40대	2,128	225.7	5.7	2.5
	50대	2,139	218.5	7.4	3.4
	60대 이상	1,165	197.5	7.3	3.7

- 종사상지위별 상병발생률을 살펴보면 임금근로자에서는 일용직(10.5%), 임시직(4.8%), 상용직(1.5%) 순이며, 비임금근로자는 고용원 있는 무급가족종사자(7.9%), 자영자(4.3%), 고용주(2.3%) 순으로 나타나, 종사상지위가 낮을수록 발생률이 높았음.
- 종사상지위별 연령분포와 주관적 건강상태를 보면 상용직, 임시직, 일용직, 고용주, 자영자, 무급가족종사자 순으로 평균 연령이 계속 높아져 고령화되는 것을 알 수 있음. 상용직, 임시직, 일용직의 50대 이상 비율이 30.4%, 44.2%, 57.6%로 가파르게 높아

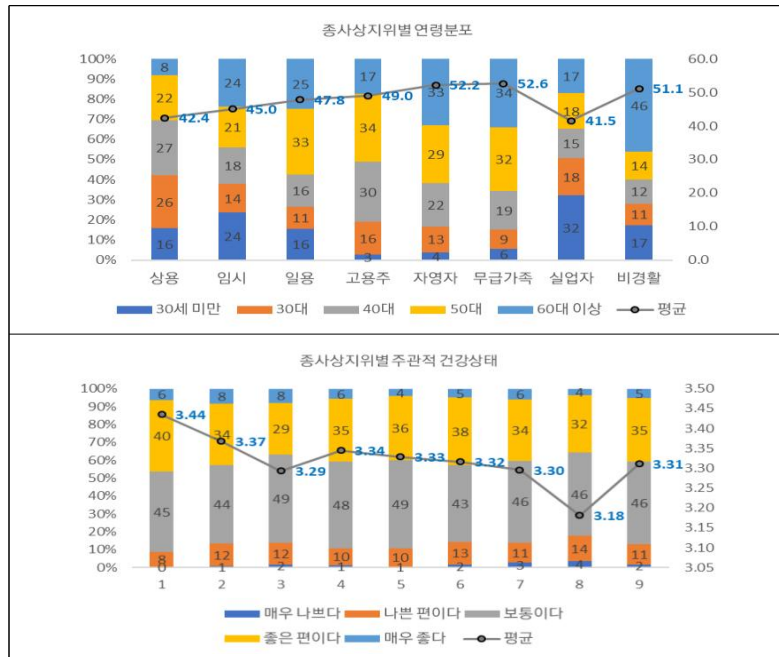


지고, 고용주, 자영자, 무급가족종사자도 50대 이상의 비율이 51%, 61.6%, 65.6%로 높아질 뿐 아니라 비임금근로자 중에서는 30대까지의 비율이 공통적으로 매우 낮은 까닭임. 이는 주관적 건강상태 분포에도 반영되었음.

〈표 3-6-20〉 취업자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (종사상지위별)

		(단위: 명, 일, %)			
구분	취업자 수	연간 근로일수 (일, A)	아팠던 날 (일, B)	상병 발생률(%) (B/A×100)	
전체	8,269	212.4	5.9	2.8	
상용근로자	4,789	237.2	3.5	1.5	
임시근로자	1,233	129.0	6.2	4.8	
일용근로자	408	126.3	13.3	10.5	
고용주	461	251.6	5.9	2.3	
자영자	1,111	230.5	9.9	4.3	
무급가족종사자	267	184.2	14.6	7.9	

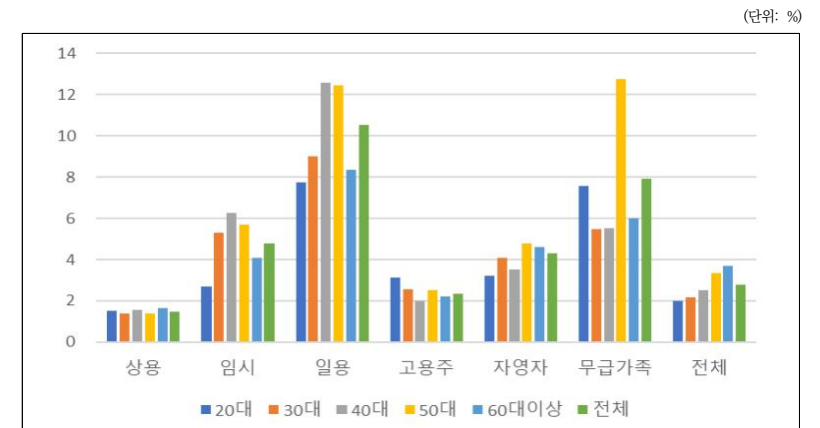
〔그림 3-6-1〕 종사상지위별 연령 분포와 건강상태



〈표 3-6-21〉 취업자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (연령·종사상지위별)

		20대	30대	40대	50대	60대 이상	전체
상용	연간 근로일수 (일, A)	215.4	238.1	243.7	246.2	230.6	237.2
	아팠던 날 (일, B)	3.3	3.3	3.9	3.4	3.8	3.5
	상병 발생률(%) (B/A×100)	1.5	1.4	1.6	1.4	1.7	1.5
임시	연간 근로일수 (일, A)	102.1	142.2	135.4	137.6	135.5	129.0
	아팠던 날 (일, B)	2.8	7.5	8.5	7.9	5.5	6.2
	상병 발생률(%) (B/A×100)	2.7	5.3	6.3	5.7	4.1	4.8
일용	연간 근로일수 (일, A)	72.0	145.3	133.0	139.2	130.9	126.3
	아팠던 날 (일, B)	5.6	13.1	16.7	17.3	10.9	13.3
	상병 발생률(%) (B/A×100)	7.7	9.0	12.6	12.4	8.3	10.5
고용주	연간 근로일수 (일, A)	203.6	274.2	247.9	246.0	255.6	251.6
	아팠던 날 (일, B)	6.4	7.0	4.9	6.2	5.7	5.9
	상병 발생률(%) (B/A×100)	3.1	2.6	2.0	2.5	2.2	2.3
자영자	연간 근로일수 (일, A)	244.7	235.3	236.2	231.3	222.3	230.5
	아팠던 날 (일, B)	7.9	9.6	8.3	11.1	10.3	9.9
	상병 발생률(%) (B/A×100)	3.2	4.1	3.5	4.8	4.6	4.3
무급가족	연간 근로일수 (일, A)	120.4	202.9	204.3	172.3	189.0	184.2
	아팠던 날 (일, B)	9.1	11.1	11.3	22.0	11.4	14.6
	상병 발생률(%) (B/A×100)	7.5	5.5	5.5	12.8	6.0	7.9
전체	연간 근로일수 (일, A)	177.4	225.6	225.7	218.5	197.5	212.4
	아팠던 날 (일, B)	3.6	4.9	5.7	7.4	7.3	5.9
	상병 발생률(%) (B/A×100)	2.0	2.2	2.5	3.4	3.7	2.8

〔그림 3-6-2〕 취업자 지난 1년 연령·종사상지위별 상병발생률



- 연령별 상병발생률을 살펴보면, [그림 3-6-2]의 전체와 같이 연령이 높을수록 상병발생률이 높아짐. 이를 연령·종사상지위별로 구분했을 때, 상용직과 고용주는 연령이 높아져도 상병발생률이 증가하는 경향을 관찰할 수 없는 반면, 임시직과 일용직은 40대, 50대로 연령이 높아질수록 전체 취업자와 유사하게, 또는 더욱 가파르게 상병발생률이 증가하는 차이를 볼 수 있음. 상용직이나 고용주와 같이 지위가 높은 취업자의 경우 연령이 높아져도 건강상태가 좋은 사람만이 노동시장에 머무는 경향이 강한 것으로 보임. 건강상태와 종사상지위가 상호연관성을 갖고 악순환하는 것으로 보이므로, 건강상태로 인해 상용직 같은 안정적인 지위에서 탈락하지 않도록, 임시·일용직에서 건강상의 문제가 생겼을 때 제때에 충분히 치료받고 복귀할 수 있도록 하는 정책적 개입을 필요로 함.
- 산업과 직종별로 살펴보면 건설업, 숙박 및 음식점업 취업자 상병률이 높고, 단순노무 종사자와 농림어업 숙련 종사자의 비율이 높음.

〈표 3-6-22〉 취업자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (산업, 직업별)

(단위: 명, 일, %)

구분		취업자 수	연간 근로일수 (일, A)	아팠던 날 (일, B)	상병 발생률(%) (B/A×100)
업종	전체	8,269	212.4	5.9	2.8
	농림어업	124	206.4	7.9	3.8
	광업·제조업	1,029	233.5	4.4	1.9
	건설업	604	209.3	10.2	<b>4.9</b>
	도매 및 소매업	1,238	228.2	5.9	2.6
	숙박 및 음식점업	500	193.4	10.0	<b>5.2</b>
	금융 및 보험업	252	208.6	8.3	4.0
	교육서비스업	1,047	192.8	3.6	1.8
	전기, 가스, 증기 및 공기조절공급업	110	200.0	9.7	<b>4.9</b>
	운수 및 창고업, 정보통신업	437	218.8	4.8	2.2
	전문, 과학 및 기술서비스업	684	222.7	3.6	1.6
	공공행정, 국방 및 사회보장 행정	362	210.6	6.4	3.0
	보건업 및 사회복지 서비스업	766	213.4	4.1	1.9
	사업시설관리, 사업지원 및 임대 서비스업	271	197.3	6.8	3.4
	기타(부동산, 수도·하수·폐기물처리, 예술 등)	845	199.7	7.0	3.5
직업	관리자	1,453	241.1	5.3	2.2
	전문가 및 관련 종사자	1,447	216.7	4.1	1.9
	사무 종사자	2,425	224.7	4.0	1.8
	서비스 종사자	1,144	182.6	7.0	3.9
	판매 종사자	583	215.4	7.8	3.6
	농림·어업 숙련 종사자	66	218.1	12.9	<b>5.9</b>
	기능원 및 관련 기능 종사자	328	206.7	8.4	<b>4.0</b>
	장치·기계 조작 및 조립 종사자	193	214.6	7.2	3.3
	단순노무 종사자	630	148.0	11.8	<b>8.0</b>

- 소득수준별로도 임금, 가구소득이 낮을수록 발생률이 높았음. 일용직, 임시직, 무급가족 종사자, 소득수준이 낮은 구간의 취업자 연간 근로일수는 낮은 반면 아팠던 날은 더 길기 때문인데, 연령 구성과 일자리 특성(노동강도, 안전), 건강상태의 영향이 복합적으로 영향을 미친 것으로 보임.

〈표 3-6-23〉 취업자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 아파서 일하지 못한 날, 아파도 일한 날 (소득수준별)

(단위: 명, 일, %)

구분		취업자 수	연간 근로일수 (일, A)	아팠던 날 (일, B)	상병 발생률(%) (B/A×100)
월소득	전체	8,269	212.4	5.9	2.8
	100만원 미만	360	67.0	6.3	<b>9.4</b>
	100~199만원	1,912	176.0	8.8	5.0
	200~299만원	2,703	220.9	5.0	2.3
	300~399만원	1,532	241.7	5.4	2.2
가구평균 화소득	400만원 이상	1,762	250.4	4.2	1.7
	1,000만원 미만	231	160.9	9.3	<b>5.7</b>
	1,000~2,000만원 미만	1,776	192.8	8.9	4.6
	2,000~3,000만원 미만	2,675	211.6	5.9	2.8
	3,000~4,000만원 미만	1,713	220.3	4.3	2.0
	4,000만원 이상	1,874	232.3	3.9	1.7

- 임금근로자 사업체규모별로 5인 미만 사업장 발생률이 가장 높고, 5~29인, 30인 이상 순서임.
- 근로형태의 경우 용역, 파견직 상병률이 높음.

〈표 3-6-24〉 임금근로자 지난 1년 근로일 수와 업무 외 부상·질병으로 아팠던 날, 상병발생률

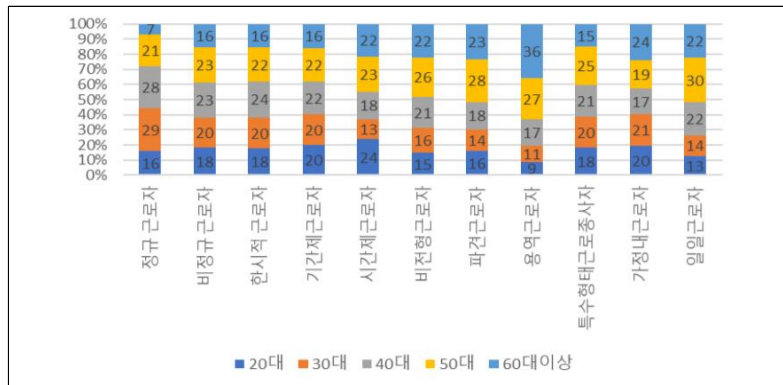
(단위: 명, 일, %)

구분		사례 수	연간 근로일 수(일, A)	아팠던 날(일, B)	상병 발생률(%) (B/A×100)
사업체 규모	임금근로자 전체	6,430	207.6	4.7	2.3
	5인 미만	1,734	185.5	5.9	<b>3.2</b>
	5~29인	2,260	203.5	4.6	2.2
	30~99인	846	222.9	3.2	1.5
	100~299인	601	225.2	4.1	1.8
	300~999인	452	225.1	4.4	2.0
근로 형태	1000인 이상	537	239.3	4.4	1.8
	정규 근로자	2,262	244.4	2.8	1.1
	비정규 근로자	4,168	188.2	5.7	3.0
	한시직	3,421	194.1	5.3	2.7
	기간제	2,217	188.5	5.2	2.8
	시간제	1,436	139.3	6.9	5.0

구분	사례 수	연간 근로일 수(일, A)	아팠던 날(일, B)	상병 발생률(%) (B/A×100)
비전행	1,445	160.0	10.1	6.3
파견	248	160.1	13.9	<b>8.7</b>
용역	245	146.8	13.9	<b>9.5</b>
특수형태근로	539	166.7	11.1	6.6
가정내	177	154.8	12.4	8.0
일일	644	142.8	10.6	7.4

- 정규근로자에 비해 비정규 근로자에서 20대, 50대, 60대 이상의 비율이 높음. 비정규 근로자 가운데 용역, 파견, 일일근로자에서 50대 이상의 비율이 63.1%, 51.4%, 51.8%로 과반으로 나타남. 용역근로자는 경비원, 청소용역 일자리 비중이 높음. 따라서 연령 분포에 따라 고용형태별 상병발생률에 차이를 보였음.

[그림 3-6-3] 지난 1년 임금근로자 고용형태별 연령 분포



## □ 취업자 상병일 분포

- 취업자의 65%가 지난 1년 아픈 경험 없고, 아팠던 날이 있었던 35%의 취업자의 상병일 분포를 보면 25.6%가 3일 미만, 33.9%가 3일~1주일로 과반이 1주일 이하의 상병일 분포를 보임.
- 여성 상병자 비율이 남성에 비해 약간 높고 20대, 30대가 38.3%로 평균보다 높지만 큰 차이를 보이지 않음.
- 연령대가 높아짐에 따라 아픈 경험 있는 비율이 20대 38.4%에서 50대, 60대 이상 평균 32%로 점감하는 경향이 있는데, 이는 연령대별 취업률에 근거해보면 연령이 높아질수록

건강하지 않는 근로자가 노동시장에서 탈락하여 비취업하는 비율이 높아지는 것으로 짐작됨.

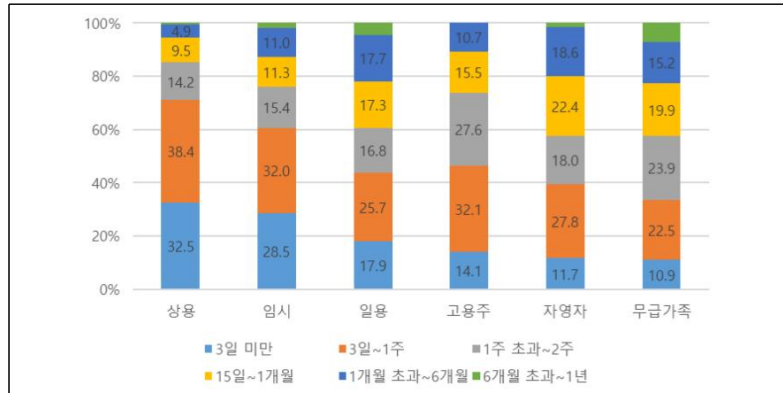
- 취업자 대비 상병경험자의 비율은 연령이 높아질수록 낮아지는 반면 상병일은 높아짐. 연령이 높아질수록 건강상태가 좋은 사람만 노동시장에 남는 경향이 있고, 20~30대가 상대적으로 경미한 상병인 반면 연령이 높아질수록 상병의 치료기간이 길어지는 경향이 있기 때문인 것으로 해석할 수 있음.
- **연령대가 높아질수록 짧은 상병기간이 차지하는 비중이 점차 감소, 따라서 상병일이 길어지는 추세가 뚜렷함.**
- 임금노동자, 비임금근로자 각각의 집단에서도 고용상태가 불안정할수록 (상용, 임시, 일용, 고용주, 자영자, 무급가족종사자 순으로) 긴 상병기간 비중이 커짐.

〈표 3-6-25〉 지난 1년간 취업자 상병일 분포

(단위: %)

구분		취업자 대비 상병경험자 비율(%)	아팠던 날 (아팠던 날 있는 사람 대비 비율, %)						
			3일 미만	3일~1주	1주 초과~2주	15일~1개월	1개월 초과~6개월	6개월 초과~1년	전체
전체		35.0	25.6	33.9	16.4	13.2	9.6	1.4	100.0
성별	남성	33.8	25.0	32.8	17.1	14.0	9.8	1.3	100.0
	여성	36.6	26.4	35.4	15.4	12.1	9.3	1.4	100.0
연령대	30세 미만	38.3	37.6	35.7	13.8	7.9	4.7	0.2	100.0
	30대	38.3	31.4	33.7	16.7	10.1	7.4	0.6	100.0
	40대	35.2	25.2	34.1	16.9	13.4	9.1	1.3	100.0
	50대	32.1	19.1	34.4	16.8	15.0	12.3	2.5	100.0
	60대 이상	32.0	15.2	31.6	16.9	19.8	14.6	2.0	100.0
종사상 지위	상용	33.3	32.5	38.4	14.2	9.5	4.9	0.5	100.0
	임시	32.3	28.5	32.0	15.4	11.3	11.0	1.8	100.0
	일용	40.3	17.9	25.7	16.8	17.3	17.7	4.4	100.0
	고용주	42.2	14.1	32.1	27.6	15.5	10.7	0.0	100.0
	자영자	38.7	11.7	27.8	18.0	22.4	18.6	1.6	100.0
	무급가족	39.4	10.9	22.5	23.9	19.9	15.2	7.3	100.0

[그림 3-6-4] 지난 1년간 취업자 상병일 분포



□ 지난 1년 취업기간 중 아팠던 날과 쉬는 날, 아파도 일한 날

○ 지난 1년 동안 아픈 경험이 있는 취업자 아팠던 날 평균은 16.9일, 이 가운데 아파서 일하지 못한 날은 평균 8.9일, 아파도 일한 날은 평균 7.9일로 아픈 날 중 47%는 아파도 출근한.

- 취업 상병 경험자의 평균 상병일은 20대 9.3일에서 50대, 60대 이상 22.9일로 연령이 높아질수록 길어졌음. 이 가운데 아파도 일하러 갔던 날의 비율은 60대 이상(50.7%)을 제외하고는 20대 52.2%에서 50대 40.9%로 갈수록 점감. 연령이 낮을수록 직장 내 낮은 지위, 상대적으로 경미한 상병일 가능성이 높기 때문인 것으로 추측됨.

[표 3-6-26] 지난 1년 취업 상병 경험자 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (인구학적 특성별)

(단위: 명, 일, %)

구분	상병경험자 비율(%)	아팠던 날 (일, B)	아파서 일하지 못한 날(일)	아파도 일한 날(일)	아팠던 날 대비 아파도 일한 날 비율(%)	하루도 쉬지 못한 사람 비율(%)	아팠던 날 모두 쉬는 사람 비율(%)
전체	35.0	16.9	8.9	7.9	47.0	19.8	35.7
성별	남성	33.8	17.3	9.7	7.6	43.7	34.6
	여성	36.6	16.3	7.9	8.4	51.3	37.1
연령대	20대	38.3	9.3	4.4	4.9	52.3	41.3
	30대	38.3	12.8	6.3	6.5	50.7	38.9
	40대	35.2	16.1	8.6	7.6	47.0	34.1
	50대	32.1	22.9	13.5	9.4	41.0	33.6
	60대 이상	32.0	22.9	11.3	11.6	50.7	31.2

○ 임금근로 상병 경험자 평균 상병일은 14일로 이 중 48.7%인 6.8일은 아파도 일했음.

- 고용형태별로 아픈 날은 정규근로자 9.2일, 비정규 근로자 16.2일로 비정규 근로자 상병일이 훨씬 길고, 아파도 일한 날 비율은 정규직 40.2%, 비정규직 51%로 비정규직이 훨씬 높았음. 특히 기간제, 파견직, 특수형태근로종사자의 프리젠테이션 비율 높음.

- 사업체 규모별로 5인 미만 사업장 근로자 상병일이 20.2일로 단연 높음.

- 사업체 규모 작으면 하루도 쉬지 못한 비율 높고, 모두 쉬는 사람 비율 낮은 경향 있음.

[표 3-6-27] 지난 1년 취업 상병 경험자 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (일자리 특성별)

(단위: 명, 일, %)

구분	상병경험자 비율(%)	아팠던 날 (일, B)	아파서 일하지 못한 날(일)	아파도 일한 날(일)	아팠던 날 대비 아파도 일한 날 비율(%)	하루도 쉬지 못한 사람 비율(%)	아팠던 날 모두 쉬는 사람 비율(%)
전체	35.0	16.9	8.9	7.9	47.0	19.8	35.7
임금근로자 전체	33.6	14.0	7.2	6.8	48.7	20.2	39.1
종사상 지위	상용	33.3	10.5	5.4	5.2	49.0	42.0
	임시	32.3	19.1	9.2	9.9	51.9	30.5
	일용	40.3	33.1	18.8	14.3	43.2	34.2
고용형태	정규 근로자	30.7	9.2	5.5	3.7	40.1	49.4
	비정규 근로자	35.1	16.2	7.9	8.3	51.0	34.3
	한시직	35.0	15.1	7.0	8.2	54.0	34.1
	기간제	35.2	14.9	6.6	8.3	55.7	32.9
	시간제	31.8	21.8	10.8	11.0	50.4	35.8
	비전형	41.0	24.7	12.3	12.4	50.3	27.4
	파견	38.5	36.0	11.4	24.6	68.3	22.1
	용역	39.6	35.2	20.8	14.5	41.1	33.6
	특수형태근로	49.6	22.3	9.7	12.6	56.4	22.3
	가정내	43.1	28.8	19.1	9.7	33.6	28.9
사업체 규모	일일	38.6	27.4	16.1	11.3	41.3	30.5
	5인 미만	29.3	20.2	12.0	8.3	40.8	37.2
	5~29인	35.9	12.7	6.1	6.6	52.1	37.3
	30~99인	34.0	9.5	4.9	4.6	48.5	40.1
	100~299인	36.2	11.3	4.3	7.0	61.9	44.1
	300~999인	35.9	12.3	6.0	6.3	51.3	40.0
비임금근로자 전체	1000인 이상	32.2	13.6	6.2	7.3	54.1	44.5
	고용주	39.6	24.7	13.8	10.9	44.3	26.7
	자영자	42.2	13.9	7.4	6.5	46.9	21.2
	무급가족	38.7	25.6	14.9	10.7	41.9	27.9
	무급가족종사자	39.4	37.0	18.8	18.2	49.3	30.1

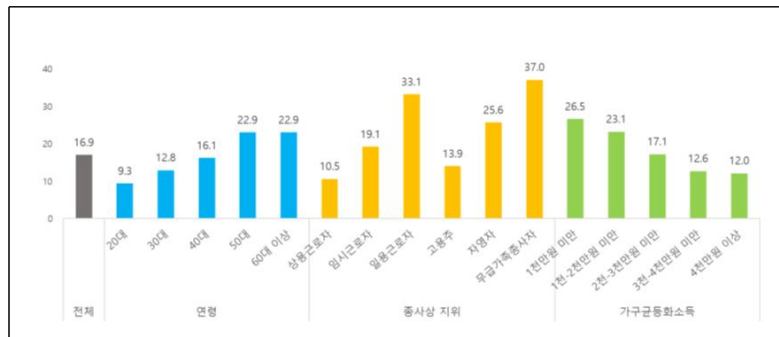
- 소득수준별로 살펴보면 월소득 200만원 미만, 가구소득 2000만원 미만 구간에서 평균에 비해 아팠던 날이 23.1~26.5일로 긴데, 소득이 낮을수록 일자리 지위가 취약하고 소규모 사업체에서 일할 가능성이 높아 종사상지위별, 사업체 규모별 특성이 모두 반영된 결과임.
- 프리랜터즘 비율이나 하루도 쉬지 못한 사람 비율, 아팠던 날 모두 선 사람의 비율에서는 뚜렷한 경향을 읽기 어려움.

〈표 3-6-28〉 지난 1년 취업 상병 경험자 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (소득수준별)

(단위: 명, 일, %)

구분	병경험자 비율(%)	아팠던 날 (일, B)	아파서 일하지 못한 날(일)	아파도 일한 날(일)	아팠던 날 대비 아파도 일한 날 비율(%)	하루도 쉬지 못한 사람 비율(%)	아팠던 날 모두 쉬 사람 비율(%)
전체	35.0	16.9	8.9	7.9	47.0	19.8	35.7
월소득	100만원 미만	24.7	25.4	16.5	8.9	34.9	42.9
	100~199만원	35.5	24.7	11.8	13.0	52.5	20.1
	200~299만원	37.2	13.4	7.0	6.4	48.0	20.7
	300~399만원	38.0	14.3	8.4	5.9	41.4	18.9
	400만원 이상	30.6	13.8	8.0	5.9	42.4	19.4
가구균등화소득	1,000만원 미만	34.9	26.5	12.7	13.9	52.2	18.1
	1,000~2,000만원 미만	38.5	23.1	12.5	10.6	46.1	21.4
	2,000~3,000만원 미만	34.5	17.1	8.1	9.0	52.5	20.6
	3,000만원~4,000만원 미만	34.4	12.6	6.8	5.8	46.0	18.8
	4,000만원 이상	32.7	12.0	7.6	4.4	36.7	18.0

[그림 3-6-5] 지난 1년간 취업 상병 경험자 상병일 수



□ 지난 1년 아파서 일하지 못한 날 임금근로자 처리 방식

○ **지난 1년 아파서 일하지 못한 날 임금근로자 처리 방식**을 보면 전체 9일 중 무급병가/질병휴직이 3.8일(41.8%)로 가장 큰 비중을 차지하고 유급병가/질병휴직이 2.2일(24.7%), 유급연차 1.8일(19.6%) 순으로 나타남.

- 종사상지위 및 고용형태별로 분포가 크게 다름.

• 상용근로자는 6.6일의 아픈 날 중 유급병가/질병휴직이 2.3일(34.4%), 유급연차 2일(29.9%), 무급병가/질병휴직 1.8일(27.8%), 정규직은 6.8일 중 유급병가/질병휴직이 2.8일(41.4%), 유급연차 2일(29.5%), 무급병가/질병휴직 1.6일(23.2%) 순으로 대부분(64~71%)을 유급 휴가정책으로 쓸 수 있음.

• 하지만 임시직은 12.4일 중 무급병가/질병휴직 6.1일(48.9%), 유급병가/질병휴직 2.5일(19.7%), 기타휴가 2일(16%), 일용직은 21.8일 중 무급병가/질병휴직 15.3일(70.4%), 기타휴가 2.5일(11.3%), 비정규직 10일 중 무급병가/질병휴직 4.8일(47.8%), 유급병가/질병휴직 1.9일(19.4%), 연차휴가 1.6일(16.4%) 순서임. **과반 가까이 또는 과반이 넘는 높은 비율로 무급 휴가를 사용하고 있으며, 고용주와 근로자가 암묵적으로 용인하는 형태의 기타휴가 비중도 높아 상용직, 정규직과 휴가 형태 및 구성에 큰 차이를 보였음.**

• 시간제는 임시직과 일용직 중간 정도로 무급병가, 무급질병휴직, 기타 휴가 순으로 비중이 높음.

- 사업체규모별로도 큰 격차를 보임.

• 5인 미만 상병 경험자의 지난 1년 평균 상병으로 일을 쉬는 날은 15일. 무급병가/질병휴직 8.3일(55.6%), 유급병가/질병휴직 2.8일(18.8%), 기타휴가 1.8일(12.1%) 순서이며, 5~29일은 무급병가/질병휴직, 유급병가/질병휴직, 유급연차 순임.

• 30인 이상 1000인 미만에서는 유급병가/질병휴직 또는 유급연차 합산 비중이 61.7(30~99인)~74.3%(1000인 이상)로 유급 휴가 비중이 과반인 반면, 5인 미만 27.2%, 5~29일 45.7%로 30인 미만 사업장 유급 휴가 비중이 훨씬 낮음.

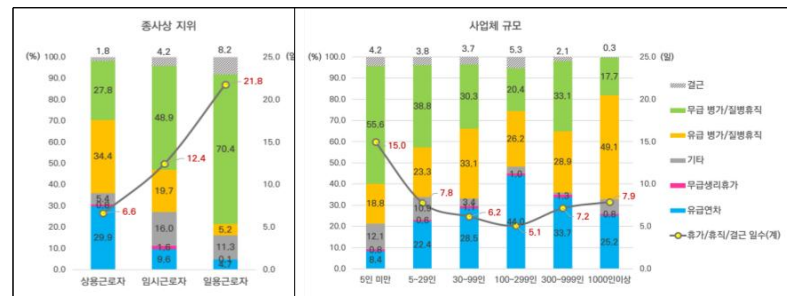
- 종사상지위 및 고용형태와 사업체규모를 교차하면 대기업 정규/상용직은 유급병가, 유급연차 등 유급의 휴가정책을 주로 사용하는 반면, 중소기업 비정규/임시·일용직일수록 무급휴가 및 제도화 되지 않은 형태의 휴가를 부여받는 비율이 훨씬 높다고 판단됨.

(표 3-6-29) 지난 1년 아파서 쉰 경험 있는 임금근로자 상병 휴가 구성

(단위: 일)

항목		휴가			병가/질병휴직		결근	계
		유급연차	무급생리휴가	기타	유급	무급		
전체		1.8 (19.6)	0.1 (0.9)	0.8 (9.4)	2.2 (24.7)	3.8 (41.8)	0.3 (3.7)	9.0 (100.0)
종사상 지위	상용	2.0 (29.9)	0.1 (0.8)	0.4 (5.4)	2.3 (34.4)	1.8 (27.8)	0.1 (1.8)	6.6 (100.0)
	임시	1.2 (9.6)	0.2 (1.6)	2.0 (16.0)	2.5 (19.7)	6.1 (48.9)	0.5 (4.2)	12.4 (100.0)
	일용	1.0 (4.7)	0.0 (0.1)	2.5 (11.3)	1.1 (5.2)	15.3 (70.4)	1.8 (8.2)	21.8 (100.0)
근로 형태	정규	2.0 (29.5)	0.0 (0.6)	0.3 (4.1)	2.8 (41.4)	1.6 (23.2)	0.1 (0.9)	6.8 (100.0)
	비정규	1.6 (16.4)	0.1 (0.9)	1.1 (10.9)	1.9 (19.4)	4.8 (47.8)	0.5 (4.6)	10.0 (100.0)
	시간제	1.0 (7.1)	0.1 (0.9)	1.7 (12.8)	1.8 (13.0)	8.2 (60.9)	0.7 (5.3)	13.4 (100.0)
	특고(임금)	1.6 (14.6)	0.1 (1.2)	1.7 (14.7)	1.7 (14.9)	5.5 (49.2)	0.6 (5.3)	11.3 (100.0)
사업체 규모	5인 미만	1.3 (8.4)	0.1 (0.8)	1.8 (12.1)	2.8 (18.8)	8.3 (55.6)	0.6 (4.2)	15.0 (100.0)
	5~29인	1.8 (22.4)	0.1 (0.6)	0.9 (10.9)	1.8 (23.3)	3.0 (38.8)	0.3 (3.8)	7.8 (100.0)
	30~99인	1.8 (28.5)	0.1 (1.1)	0.2 (3.4)	2.0 (33.1)	1.9 (30.3)	0.2 (3.7)	6.2 (100.0)
	100~299인	2.3 (44.0)	0.1 (1.0)	0.2 (3.1)	1.3 (26.2)	1.0 (20.4)	0.3 (5.3)	5.1 (100.0)
	300~999인	2.4 (33.7)	0.1 (1.3)	0.1 (1.1)	2.1 (28.9)	2.4 (33.1)	0.2 (2.1)	7.2 (100.0)
	1000인 이상	2.0 (25.2)	0.1 (0.8)	0.5 (6.8)	3.9 (49.1)	1.4 (17.7)	0.0 (0.3)	7.9 (100.0)

(그림 3-6-6) 지난 1년 아파서 쉰 경험있는 임금근로자 상병 휴가 구성



- 비임금근로자는 평균 16.9일 중 10.1일(59.9%)는 휴업, 6.8일(40.1%)은 휴무로, 고용주는 주로 영업을 지속하는 휴무(68.5%), 고용원 없는 자영업자는 아픈 날의 66.1%를 휴업하는 차이를 보였음.

(표 3-6-30) 지난 1년 아파서 쉰 경험있는 비임금근로자 상병 휴가 구성

(단위: 일, %)

구분		휴업	휴무	전체
전체		10.1 (60.0)	6.8 (40.0)	16.9 (100.0)
종사상 지위	고용주	3.1 (31.5)	6.7 (68.5)	9.7 (100.0)
	자영업자	12.1 (66.1)	6.2 (33.9)	18.3 (100.0)
	무급가족종사자	12.0 (57.4)	8.9 (42.6)	20.9 (100.0)
	특고(비임금)	11.5 (61.2)	7.3 (38.8)	18.8 (100.0)

□ 아파도 쉬지 못하는 것으로 인한 생산성 감소 정도와 쉬지 못하는 이유 파악

- 프리젠테이션 이유: 질병휴가 제도 부재, 대체인력 부재, 소득 감소 우려, 실직/폐업 우려 등
  - (병가·질병휴직제도 아무것도 없는 경우) 아파도 일을 한 이유 1순위 57.4%가 '업무를 대신할 사람이 없어서', 17.3%가 '아프지만 참고 일을 해야 할 것 같아서', 14.3%가 '일을 하지 않을 경우 소득 감소가 우려되어서' 순서임. 1, 2순위를 합산하면 '업무를 대신할 사람이 없어서'(69.6%), '아프지만 참고 일을 해야 할 것 같아서'(41.7%), '제도가 없어서'(27.2%), '소득 감소 우려'(26%), '실직 우려'(16.8%) 순서임.
  - 종사상지위별로 상용직은 전체 분포 순서인 반면, 일용직은 1, 2순위를 합산하면 '일하지 않을 경우 소득 감소 우려'가 57%로 '업무를 대신할 사람이 없어서'(43.1%)보다 높은 비중을 차지했음. 임시직도 1순위 두 번째 이유가 소득감소 우려였음.
  - 일용직 31.9%가 '실직이 우려되어서'라고 응답해 일용직이 보다 직접적인 실직 위험을 느끼는 것으로 나타난 반면, 상용직은 30.7%가 '병가/질병휴직 제도가 없어서'라고는 응답해 쉬었을 때의 제반 불이익에 대한 안전장치로 제도의 필요성을 느끼는 것으로 짐작됨.
  - 5인 미만 사업체에서 '업무 대체할 사람 없다'는 응답 비율이 매우 높았음.(1순위 67.6%)

(표 3-6-31) 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 제도 아무 것도 없는 경우

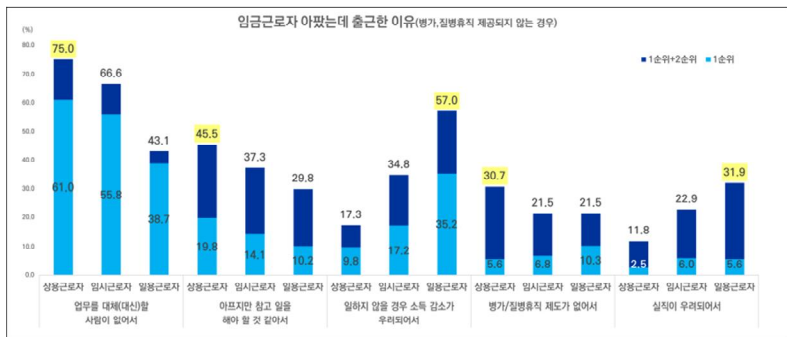
(단위: %)

구분		업무를 대체(대신할 사람이 없다)	아프지만 참고 일을 해야 할 것 같다	일하지 않을 경우 소득 감소가 우려된다	실직이 우려된다	병가/질병휴직 제도가 없다	기타	전체
종사상 지위	1 순위	전체 57.4	17.3	14.3	3.8	6.4	0.8	100.0
	상용	61.0	19.8	9.8	2.5	5.6	1.3	100.0
	임시	55.8	14.1	17.2	6.0	6.8	0.0	100.0
	일용	38.7	10.2	35.2	5.6	10.3	0.0	100.0
	2 순위	전체 14.6	29.2	14.0	15.7	25.0	1.6	100.0
	상용	16.8	30.8	9.0	11.2	30.2	2.0	100.0
종사상 지위	임시	12.8	27.6	20.9	20.1	17.4	1.2	100.0
	일용	5.4	23.5	26.1	31.6	13.4	0.0	100.0



구분		업무를 대체(대신)할 사람이 없다.	아프지만 참고 일을 해야 할 것 같다.	일하지 않을 경우 소득 감소가 우려된다.	실직이 우려된다	병가/질병휴직 제도가 없다	기타	전체
사업체 규모	1 순위	전체	57.4	17.3	14.3	3.8	6.4	100.0
		5인 미만	67.6	13.3	6.9	3.3	8.2	100.0
		5~29인	51.1	17.5	17.8	4.5	7.8	100.0
		30~299인	53.8	24.3	17.5	2.9	1.6	100.0
		300인 이상	58.2	16.8	18.4	3.3	3.2	100.0
	2 순위	전체	14.6	29.2	14.0	15.7	25.0	100.0
		5인 미만	13.4	29.7	15.7	13.9	27.3	100.0
		5~29인	12.8	26.5	13.0	18.0	28.2	100.0
		30~299인	18.4	33.3	5.4	15.1	22.5	100.0
		300인 이상	19.5	32.7	32.2	11.7	4.0	100.0

[그림 3-6-7] 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 제공되지 않는 경우



- (병가·질병휴직제도 하나라도 제공되는 경우) 아파도 일을 한 이유 1순위는 '업무를 대신 할 사람이 없어서'(51.3%), 2순위는 '아프지만 참고 일을 해야 할 것 같아서'(22.9%)였음.
- 1, 2순위 합산했을 때 종사상지위별로 상용직은 '업무를 대체(대신)할 사람이 없어서'(68.5%)와 '실 수 있는 회사 분위기가 아니라서'(39.7%) 응답비율이 높은 반면, 일용직은 '아프지만 참고 일을 해야 할 것 같아서'(53.5%)와 '제도가 있지만 무급이거나 소득이 감소해서'(42.2%) 응답비율이 상대적으로 높아서 임시, 일용직일수록 위계에 따른 눈치보기로 아를 때 쉬기 어렵고, 제도가 있어도 소득감소 우려로 쉬지 못했음.
- 병가·질병휴직 하나라도 제공되는 경우 사업체 규모별로는 뚜렷한 추이를 관찰하기 어려웠음.

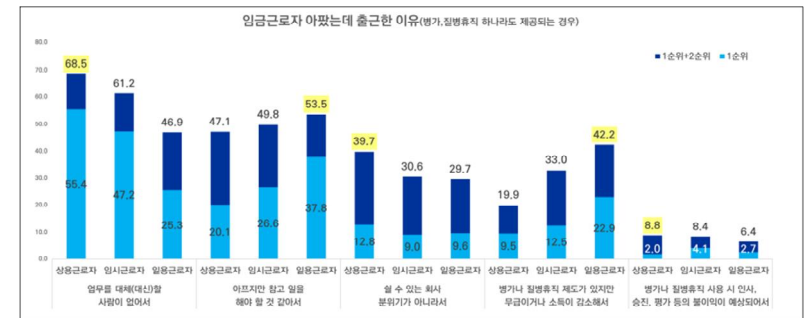
[표 3-6-32] 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 하나라도 제공되는 경우

(단위: %)

구분		업무를 대체(대신)할 사람이 없다.	아프지만 참고 일을 해야 할 것 같다.	병가나 질병휴직 제도가 있지만 무급이거나 소득이 감소해서	실 수 있는 회사 분위기가 아니라서	병가나 질병휴직 사용 시 인사, 승진, 평가 등의 불이익이 예상되어서	기타	전체	
종사상 적 위	1 순 위	전체	51.3	22.9	11.2	11.7	2.5	100.0	
		상용	55.4	20.1	9.5	12.8	2.0	0.1	100.0
		임시	47.2	26.6	12.5	9.0	4.1	0.5	100.0
		일용	25.3	37.8	22.9	9.6	2.7	1.8	100.0
	2 순 위	전체	16.6	30.1	15.6	30.0	7.1	0.7	100.0
		상용	15.4	31.8	12.2	31.7	7.9	0.9	100.0
		임시	16.8	27.8	24.5	25.8	5.1	0.0	100.0
		일용	26.9	19.4	24.0	25.0	4.6	0.0	100.0
사 업 체 규 모	1 순 위	전체	51.3	22.9	11.2	11.7	2.5	0.4	100.0
		5인 미만	52.6	25.5	8.2	11.4	2.3	0.0	100.0
		5~29인	50.7	21.5	14.4	11.4	1.7	0.4	100.0
		30~299인	49.9	24.2	9.9	12.9	2.7	0.4	100.0
		300인 이상	53.1	20.6	9.8	11.2	4.5	0.6	100.0
	2 순 위	전체	16.6	30.1	15.6	30.0	7.1	0.7	100.0
		5인 미만	14.5	30.9	19.5	31.5	3.0	0.7	100.0
		5~29인	17.7	29.2	17.5	29.4	5.0	1.1	100.0
		30~299인	18.2	32.4	14.3	27.6	7.5	0.0	100.0
		300인 이상	14.6	27.7	9.0	32.5	15.5	0.7	100.0

[그림 3-6-8] 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 하나라도 제공되는 경우

(단위: %)



- 비임금근로자는 업무를 대신할 사람이 없어서가 과반(54.5%)을 차지했으며, 두 번째는 매출·소득감소 우려였음. 이 순서와 비율은 종사상지위와 무관하게 유사함. 하지만 고용주와 무급가족 종사자는 세 번째 이유가 '업무를 대신할 사람 있으나 믿고 맡기기 어려워서'였지만 자영업자는 '실직 또는 폐업 우려'가 조금 더 커서 차이를 보였음.

〈표 3-6-33〉비임금근로자 아팠는데 일을 한 이유

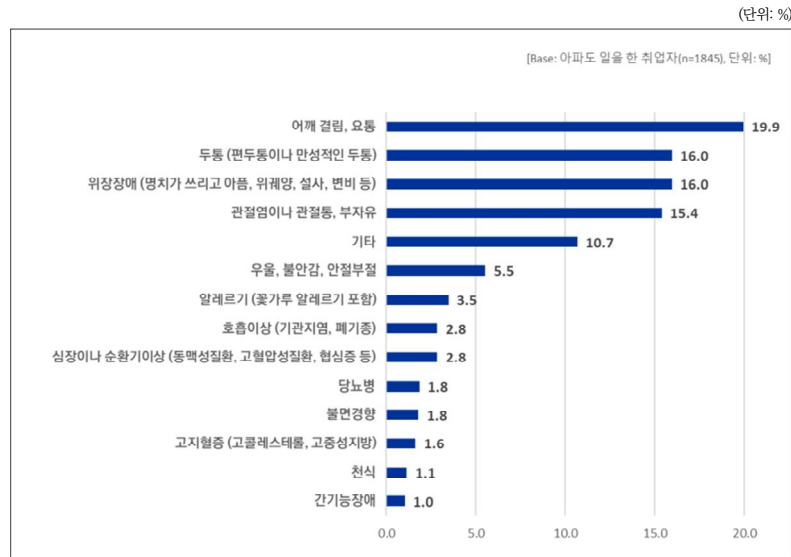
(단위: %)

	매출감소 등 소득감소가 우려되어서	업무를 대신할 사람이 없어서	업무를 대신할 사람이 있으나 믿고 맡기기 어려워서	실직 또는 폐업이 우려되어서	기타	전체
전체	29.3	54.5	8.3	6.7	1.2	100.0
고용주	34.4	49.9	12.6	2.4	0.8	100.0
자영자	29.2	56.6	5.6	7.7	1.0	100.0
무급가족종사자	21.2	54.1	12.3	9.9	2.5	100.0

## ○ 아파도 일 했을 때 원인

- 알레르기, 관절염, 천식, 요통, 위장장애 등 만성질환이지만 업무 지속 가능한 요인들
- 아파도 일을 했을 때 아팠던 원인 중 가장 신경 쓰이거나 생활에 영향을 준 건강문제는 어깨결림, 요통(19.9%), 두통(16%), 위장장애(16%), 관절염/관절통(15.4%), 우울, 불안감(5.5%) 순으로 나타났으며, 이 5가지 건강문제가 72.8%의 비율을 차지함.

〔그림 3-6-9〕아파도 일을 했을 때 아팠던 원인 중 가장 신경 쓰이거나 생활에 영향을 준 건강문제



- 종사상지위별 건강문제를 살펴보면 상용직 두통(20.2%), 어깨 결림, 요통(18.1%), 위장장애(17.6%), 임시직은 관절염/관절통(18.9%), 어깨 결림, 요통(18.7%), 위장장애(18.7%), 임시직은 어깨 결림, 요통(27.2%), 관절염/관절통(17.2%), 두통(16.4%), 고용주 위장장애(22.1%), 어깨 결림, 요통(21.7%), 관절염/관절통(11.6%), 자영자는 어깨 결림, 요통(21.1%), 관절염/관절통(20.8%), 위장장애(12.8%)가 주된 문제로 나타났다. 연령분포와 관련성이 높음.
- 비중이 높은 주요 건강문제가 있는 상병자들의 평균 아팠던 날 수를 보면 관절염/관절통이 27.2일, 어깨 결림, 요통이 24.2일로 긴 편이고, 위장장애와 두통은 각각 16.5일과 13.2일로 짧은 편이며, 우울, 불안감 25일도 긴 편임. 종사상지위별 연령분포에 따라 관절염이나 요통의 비중이 높은 일용직의 평균 아팠던 날 수는 길고(33.1일), 상대적으로 두통, 위장장애의 비율이 높은 상용직은 10.5일로 짧은 편이었음.
- 이 건강문제는 상병의 직접적인 원인은 아니지만<sup>45)</sup> 연령과 종사상지위에 따라 어떤 건강 문제가 있고, 얼마나 아픈지, 어떤 건강문제를 갖고 일하는지 대략적인 상황을 파악할 수 있음.

〈표 3-6-34〉종사상지위별 아파도 일 했을 때 주된 건강문제 분포와 원인별 아팠던 날, 선 날, 일한 날 평균

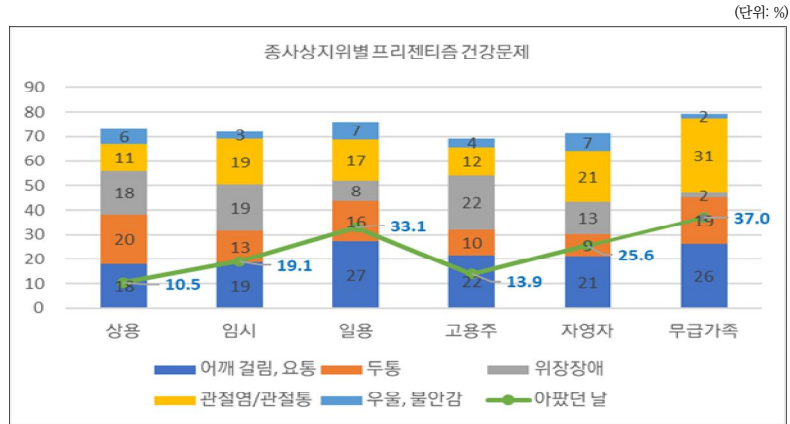
(단위: 명, %, 일)

구분	전체		종사상지위(%)							상병일(일)		
	빈도수 (명)	비중 (%)	상용	임시	일용	고용주	자영자	무급 가족	아팠던 날	선 날	일한 날	
알레르기	64	3.5	4.5	2.9	3.8	1.4	2.5	2.1	16.1	7.5	8.6	
<b>관절염/관절통</b>	<b>277</b>	<b>15.4</b>	<b>11.1</b>	<b>18.9</b>	<b>17.2</b>	<b>11.6</b>	<b>20.8</b>	<b>30.6</b>	<b>27.2</b>	<b>12.4</b>	<b>14.9</b>	
천식	22	1.1	1.4	1.1	1.6	0.4	0.8	0.0	11.8	6.6	5.2	
<b>어깨 결림, 요통</b>	<b>362</b>	<b>19.9</b>	<b>18.1</b>	<b>18.7</b>	<b>27.2</b>	<b>21.7</b>	<b>21.1</b>	<b>26.4</b>	<b>24.2</b>	<b>10.6</b>	<b>13.6</b>	
호흡이상	53	2.9	3.4	2.4	1.7	1.5	3.3	0.6	27.1	14.4	12.6	
<b>우울, 불안감</b>	<b>103</b>	<b>5.5</b>	<b>6.1</b>	<b>3.0</b>	<b>7.1</b>	<b>3.5</b>	<b>7.3</b>	<b>2.0</b>	<b>25.0</b>	<b>8.0</b>	<b>16.9</b>	
불면	34	1.8	1.2	2.1	0.0	5.0	2.1	2.2	13.5	5.1	8.5	
당뇨병	32	1.8	0.6	2.0	3.1	6.1	3.2	0.6	18.7	5.4	13.3	
고지혈증	28	1.6	1.1	2.6	2.1	2.7	1.4	2.7	41.6	13.3	28.3	
간기능장애	19	1.0	0.9	0.9	3.7	1.1	0.8	0.0	19.7	8.5	11.2	
심장이나 순환기이상	51	2.8	2.5	2.0	5.5	3.9	3.2	2.7	19.3	7.6	11.7	
<b>두통</b>	<b>300</b>	<b>16.0</b>	<b>20.2</b>	<b>12.9</b>	<b>16.4</b>	<b>10.2</b>	<b>9.3</b>	<b>18.7</b>	<b>13.2</b>	<b>4.5</b>	<b>8.7</b>	
<b>위장장애</b>	<b>303</b>	<b>16.0</b>	<b>17.6</b>	<b>18.7</b>	<b>8.1</b>	<b>22.1</b>	<b>12.8</b>	<b>1.8</b>	<b>16.5</b>	<b>7.2</b>	<b>9.3</b>	
기타	197	10.7	11.4	11.8	2.5	8.8	11.4	9.8	20.8	6.7	14.1	
전체	1,845	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	20.8	8.5	12.3	

45) C 파트에서 지난 10년 내 취업기간 중 아팠던 주된 상병은 직접적인 원인을 알 수 있음.



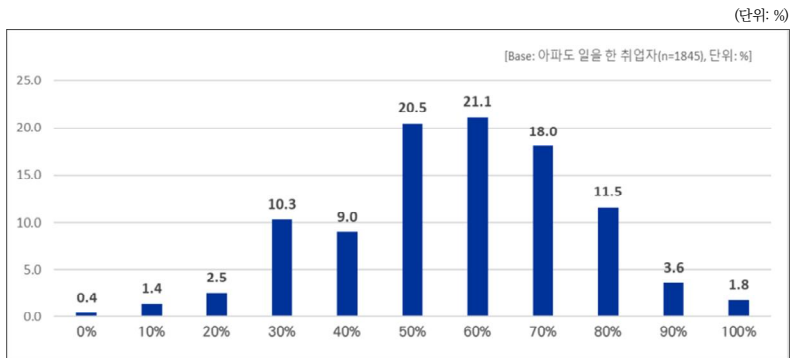
[그림 3-6-10] 종사상지위별 프리젠티즘 5대 건강문제와 평균 아팠던 날



○ 본인의 노동력 100% 대비 아파도 일 했을 때 생산성

- 아파도 일했을 때 평소에 비해 60%의 생산성을 보인다는 응답이 21.1%로 가장 높은 응답률을 보였음.

[그림 3-6-11] 아파도 일을 했을 때 생산성



## 나. 병가 제도 현황

□ 현재 상병 발생 시 사용할 수 있는 제도 현황 파악

○ 휴가 정책 제공 현황: 유급 연차휴가, 무급 생리휴가, 유급병가, 무급병가, 유급 질병휴직, 무급 질병휴직

- 종사상지위, 사업체규모별로 연차휴가 및 유급병가/질병휴직, 즉 유급휴가 제공 비율이 뚜렷한 차이를 보였음. 상용직과 정규직, 사업체규모 클수록 유급휴가 제공 비율 높음.

[표 3-6-35] 임금근로자 휴가정책 제공 현황

(단위: %)

항목			유급연차휴가	무급 생리휴가	유급병가/질병휴직	무급병가/질병휴직
종사상지위	전체	상용	64.7	23.3	42.2	47.4
		제공됨	77.1	27.3	50.7	51.2
		제공되지 않음	17.5	43.6	30.6	25.4
	임시	제공됨	35.1	13.4	20.7	36.4
		제공되지 않음	49.1	57.1	56.9	39.5
		잘 모르겠음	15.8	29.5	22.4	24.1
	일용	제공됨	20.5	9.5	14.9	39.8
		제공되지 않음	56.4	59.8	62.1	39.8
		잘 모르겠음	23.1	30.7	22.9	20.4
고용형태	정규	제공됨	78.5	27.9	52.5	52.0
		제공되지 않음	16.4	42.7	28.3	23.2
		잘 모르겠음	5.1	29.5	19.2	24.8
	비정규	제공됨	57.4	20.9	36.8	45.0
		제공되지 않음	31.9	49.9	43.3	32.4
		잘 모르겠음	10.6	29.2	20.0	22.6
사업체규모	5인 미만	제공됨	45.4	12.8	29.4	34.1
		제공되지 않음	41.9	59.9	49.7	41.2
		잘 모르겠음	12.7	27.2	20.9	24.6
	5~29인	제공됨	60.7	17.0	36.6	42.9
		제공되지 않음	29.6	53.0	42.2	32.4
		잘 모르겠음	9.6	30.0	21.2	24.7
	30~299인	제공됨	78.7	30.0	50.5	57.1
		제공되지 않음	15.3	38.6	30.2	19.6
		잘 모르겠음	6.1	31.4	19.3	23.3
	300인 이상	제공됨	87.8	46.6	65.8	67.4
		제공되지 않음	8.6	25.0	19.4	14.6
		잘 모르겠음	3.6	28.4	14.8	18.0

〈표 3-6-36〉임금근로자 종사상지위, 고용형태, 사업체규모별 휴가 제공률

(단위: %)

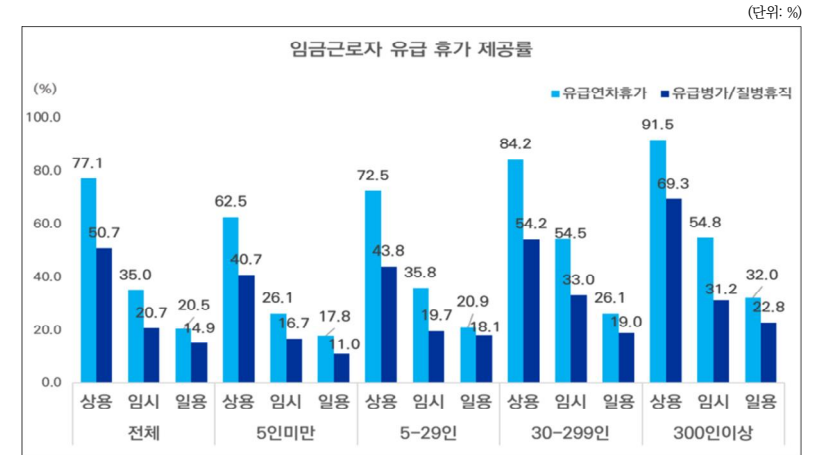
	항목	유급연차휴가	무급 생리휴가	유급병가/질병휴직	무급병가/질병휴직
종사상 지위	전체	64.7	23.3	42.2	47.4
	상용	77.1	27.3	50.7	51.2
	임시	35.0	13.4	20.7	36.4
	일용	20.5	9.5	14.9	39.8
고용형태	정규 근로자	78.5	27.9	52.5	52.0
	비정규 근로자	57.4	20.9	36.8	45.0
	한시적 근로자	62.2	21.9	39.1	45.3
	기간제근로자	65.4	24.4	42.1	46.4
	시간제 근로자	32.8	13.1	21.3	38.8
	비전형근로자	42.6	16.9	29.0	42.3
	파견근로자	55.5	16.7	27.1	42.7
	용역근로자	44.8	7.6	20.2	37.3
	특수형태근로	41.7	22.7	36.4	49.4
	가정내근로자	40.8	21.8	33.8	41.6
	일일근로자	29.2	14.3	22.4	41.1
사업체규모	5인 미만	45.4	12.9	29.4	34.2
	5~29인	60.7	17.0	36.6	42.9
	30~299인	78.7	30.0	50.5	57.1
	300인 이상	87.9	46.6	65.8	67.4

〈표 3-6-37〉임금근로자 사업체규모별·종사상지위별 휴가 제공률

(단위: %)

	항목	유급연차휴가	무급 생리휴가	유급병가/질병휴직	무급병가/질병휴직
임금근로자	전체	64.7	23.3	42.2	47.4
	상용	77.1	27.3	50.7	51.2
	임시	35.0	13.4	20.7	36.4
	일용	20.5	9.5	14.9	39.8
5인미만	전체	45.4	12.8	29.4	34.1
	상용	62.5	15.3	40.7	35.1
	임시	26.1	10.6	16.7	31.5
	일용	17.8	7.4	11.0	36.7
5~29인	전체	60.7	17.0	36.6	42.9
	상용	72.5	18.7	43.8	43.9
	임시	35.8	13.7	19.7	40.2
	일용	20.9	10.0	18.1	41.7
30~299인	전체	78.7	30.0	50.5	57.1
	상용	84.2	32.6	54.2	60.6
	임시	54.5	17.8	33.0	37.6
	일용	26.1	8.3	19.0	39.3
300인이상	전체	87.9	46.6	65.8	67.4
	상용	91.5	48.6	69.3	69.3
	임시	54.8	23.7	31.2	44.4
	일용	32.0	29.8	22.8	58.6

〈그림 3-6-12〉임금근로자 사업체규모별·종사상지위별 유급 휴가 제공률



○ 휴가정책 중 우선순위로 사용하는 또는 사용할 것으로 예상되는 정책

- 유·무급 병가/질병휴직 하나라도 제공되는 경우 응답하였음.

○ 업무 외 부상·질병 발생 시 휴가정책 우선순위

- 휴가정책 우선 순위는 유급연차휴가(76.4%), 유급병가(42.8%), 무급병가(42%), 무급질병휴직(29.5%), 유급질병휴직(26.3%) 순임.

- 종사상지위별로 상용직은 전체 순위와 유사하지만 임시직은 유급 연차휴가(54.2%) 다음으로 무급병가(46.5%), 무급질병휴직(28%)이 높은 순위를 차지했으며, 일용직은 무급병가(56.8%), 무급질병휴직(37.4%)로 연차휴가보다 높은 순위를 보였음.

〈표 3-6-38〉휴가정책 우선순위

(단위: %)

	구분	유급 연차 휴가	유급 병가	무급 병가	유급 질병휴직	무급 질병휴직
종사상 지위	전체	76.4	42.8	42.0	26.3	29.5
	상용	82.8	47.2	40.4	29.4	29.4
	임시	54.2	25.7	46.5	13.7	28.0
	일용	34.5	21.2	56.9	11.1	37.5
사업체 규모	5인 미만	65.1	33.7	36.6	20.8	24.8
	5~29인	74.0	38.1	38.0	20.3	24.7
	30~299인	81.0	46.2	45.9	28.0	32.9
	300인 이상	88.5	58.4	50.9	41.8	39.9

## ○ 제공되는 휴가의 최대 기간

〈표 3-6-39〉 임금근로자 제공되는 휴가의 최대 기간

(단위: %)

구분		1주일 이내	1주~1개월 이내	1~3개월 이내	3~6개월 이내	6~12개월 이내	12개월 이상	기간은 모름
유급병가/ 질병휴직	전체	12.0	33.9	24.3	16.2	5.8	3.8	4.1
	5인 미만	15.9	37.6	29.6	10.8	2.0	1.6	2.4
	5~29인	15.2	34.3	28.6	15.2	3.1	2.1	1.4
	30~299인	9.5	32.2	23.2	17.5	7.4	4.8	5.3
	300인 이상	7.4	32.2	15.8	20.3	10.3	6.4	7.6
무급병가/ 질병휴직	전체	11.6	42.6	19.9	11.7	4.7	4.5	5.0
	5인 미만	11.7	45.9	25.9	11.0	1.5	1.9	2.0
	5~29인	14.5	41.7	24.4	11.0	3.4	2.3	2.7
	30~299인	10.2	39.8	17.6	14.2	6.5	6.0	5.7
	300인 이상	8.9	44.4	10.6	10.3	7.4	8.1	10.3

## ○ 평소 대비 유급병가 또는 질병휴직 기간의 임금 수준(%)

- 100% 상용직, 정규직 비율 높음.

〈표 3-6-40〉 임금근로자 평소 대비 유급병가 기간의 임금 수준

(단위: %)

항목	20% 미만	20% ~39%	40% ~59%	60% ~79%	80% ~99%	100%	모름	전체
전체	3.8	3.2	7.7	19.4	6.2	27.9	31.8	100.0
총사상지위	상용근로자	3.1	2.4	7.2	20.2	6.7	29.3	100.0
	임시근로자	10.0	8.4	11.3	12.7	2.5	15.7	39.4
	일용근로자	4.7	13.3	14.3	17.2	3.2	25.8	21.5
고용형태	정규	1.5	0.9	6.7	19.0	7.6	32.5	31.8
	비정규	5.5	5.0	8.5	19.7	5.1	24.3	31.9
사업체 규모	5인 미만	5.4	4.1	7.6	12.5	4.8	32.5	33.0
	5~29인	5.3	4.3	6.1	16.9	4.4	30.4	32.6
	30~299인	3.1	2.4	7.5	20.8	8.3	26.6	31.3
	300인 이상	1.4	2.1	10.2	26.1	7.1	22.5	30.6

〈표 3-6-41〉 임금근로자 평소 대비 유급 질병휴직 기간의 임금 수준

(단위: %)

항목	20% 미만	20% ~39%	40% ~59%	60% ~79%	80% ~99%	100%	모름	전체
전체	3.7	3.7	11.0	22.3	6.4	18.5	34.4	100.0
총사상지위	상용근로자	3.2	3.1	10.1	23.3	6.9	19.1	34.5
	임시근로자	6.6	7.4	19.2	14.4	1.6	13.9	36.9
	일용근로자	13.8	12.7	15.2	16.4	8.6	15.2	18.2
고용형태	정규	1.6	2.6	8.5	22.9	7.5	21.1	35.7
	비정규	5.3	4.5	13.0	21.9	5.6	16.6	33.3
사업체 규모	5인 미만	6.8	4.7	11.4	13.9	5.0	26.3	31.8
	5~29인	4.8	5.1	9.2	18.7	5.3	23.0	34.0
	30~299인	2.4	3.2	10.9	24.1	8.1	15.7	35.5
	300인 이상	1.9	2.0	12.6	29.6	6.8	11.9	35.2

## □ 휴가 정책 접근성 및 접근성 제고 위한 방법

## ○ 질병 휴가 사용 쉬운 정도

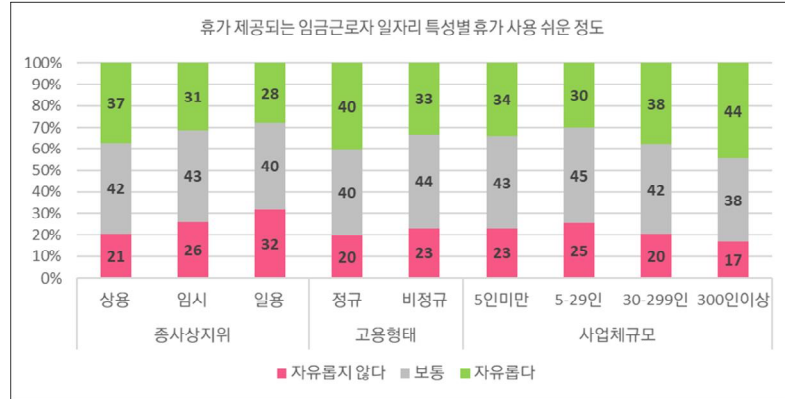
- ‘이용이 자유롭지 않다’ 응답 비율이 상용직 20.6%, 임시직 26.1%, 일용직 31.9%로 종사상지위가 낮을수록 휴가 사용이 어렵다고 응답하였음.
- 정규직과 비정규직도 차이를 보였는데 정규직은 ‘이용이 자유롭지 않다’고 응답한 비율이 19.9%, ‘이용이 자유롭다’고 응답한 비율이 40.3%인 반면, 비정규직은 각각 23.3%, 33.1%로 비정규직이 휴가 사용에 어려움을 겪었음.
- 사업체규모에 따라서도 30인 미만 사업장은 23.2~25.4%가 이용이 자유롭지 않고, 30~34.3%가 이용이 자유로운 반면, 300인 이상 사업장은 각각 17%, 44.5%. 30~299인 사업체는 그 사이로 사업체 규모가 클수록 휴가 사용이 자유로웠음.

〈표 3-6-42〉 질병 휴가 사용 쉬운 정도

(단위: %)

구분	이용이 전혀 자유롭지 않다	이용이 자유롭지 않다	보통	이용이 자유롭다	이용이 매우 자유롭다	전체
전체	8.9	13.0	42.2	20.5	15.4	100.0
총사상지위	상용	7.8	12.8	42.2	21.8	15.4
	임시	11.9	14.2	42.8	15.5	15.6
	일용	18.5	13.4	40.2	12.6	15.3
고용형태	정규	7.3	12.6	39.8	23.5	16.9
	비정규	10.0	13.3	43.6	18.6	14.5
사업체 규모	5인 미만	10.4	12.8	42.5	18.5	15.8
	5~29인	11.1	14.3	44.7	16.1	13.9
	30~299인	7.7	12.8	41.5	24.6	13.4
	300인 이상	5.5	11.6	38.5	24.3	20.2

[그림 3-6-13] 질병 휴가 사용 쉬운 정도



## ○ 휴가 사용이 어려운 이유

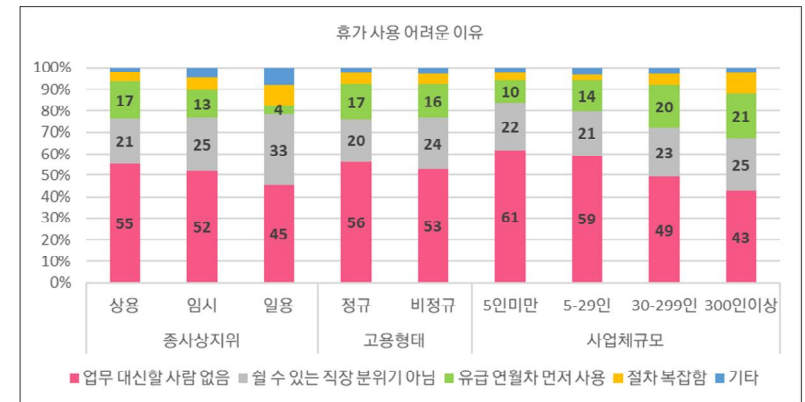
- 사용이 어려운 이유: '업무를 대체(대신)할 사람이 없다'(54.2%), '설 수 있는 직장 분위기가 아니다'(22.3%) 순임.
- 상용직, 임시직 순서 유사하지만 일용직은 연차휴가 우선 사용보다 설 수 있는 직장 분위기가 아니라는 답변의 비율이 훨씬 커짐. 그리고 유급 연월차 휴가를 먼저 사용하는 것과 같은 다른 휴가 사용의 선택지도 제한적이고, 절차가 복잡하다는 응답의 비율도 높았음.
- 정규직과 비정규직도 다른 답변의 비중은 거의 비슷하지만 정규직이 업무를 대신할 사람이 없다는 답변이 조금 더 높고, 일용직은 설 수 있는 직장 분위기가 아니라는 답변의 비중이 상대적으로 좀더 높음. 비정규직이나 일용직이 직장 내 위계에서 하위에 있을 가능성이 높기 때문으로 추측됨.
- 사업체규모별로 봤을 때 30인 미만 사업체에서 업무를 대체(대신)할 사람이 없다는 비율이 59.1~61.4%로 30~299인 49.2%, 300인 이상 42.6%보다 훨씬 높았음. 중소기업 사 업장에서 대체인력 문제로 인해 휴가 사용이 어려운 문제가 드러남.

[표 3-6-43] 질병 휴가 사용 어려운 이유

(단위: %)

구분	업무를 대체(대신)할 사람이 없다.	설 수 있는 직장 분위기가 아니다.	유급 휴가(연월차)를 먼저 사용한 후 병가 또는 질병휴직을 사용할 수 있다.	병가 또는 질병휴직을 사용하기 위한 내부 절차가 복잡하다.	기타	전체
전체	54.2	22.3	15.9	4.7	2.9	100.0
종사상지위						
상용	55.3	21.1	17.3	4.2	2.2	100.0
임시	52.0	24.8	12.8	5.7	4.8	100.0
일용	45.4	33.1	4.4	9.5	7.7	100.0
고용형태						
정규	56.5	19.5	16.5	4.8	2.6	100.0
비정규	53.0	23.9	15.6	4.6	3.0	100.0
사업체 규모						
5인 미만	61.4	22.3	10.2	3.4	2.6	100.0
5~29인	59.1	20.8	14.2	2.7	3.2	100.0
30~299인	49.2	22.8	20.0	5.1	2.9	100.0
300인 이상	42.6	24.7	20.6	9.8	2.4	100.0

[그림 3-6-14] 질병 휴가 사용 어려운 이유



## ○ 질병 휴가 사용 후 우려되는 불이익

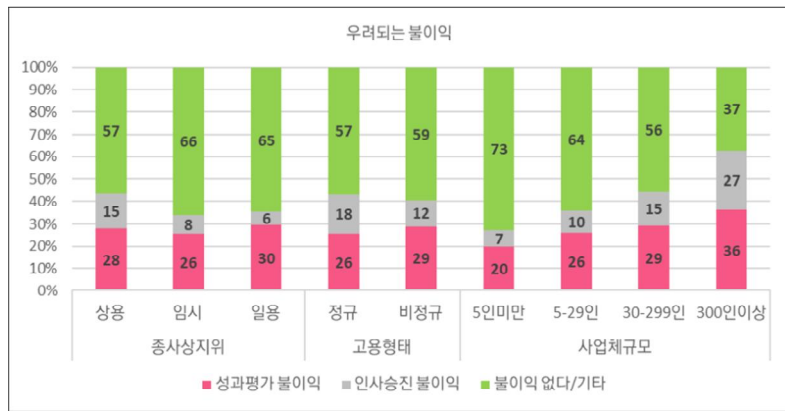
- 질병 휴가 사용 후 성과평가, 인사·승진 등 불이익이 예상된다고 응답한 비율은 상용직>임시직>일용직, 정규직>비정규직, 300인 이상>30~299인>5~29인>5인 미만 순으로 일자리가 안정적이고 편한 조건을 가진 중심부 일자리일수록 휴가 사용으로 인한 불이익에 대한 우려가 컸음.

〈표 3-6-44〉 질병 휴가 사용 후 예상되는 불이익

(단위: %)

구분		어떠한 불이익도 없다.	성과평가상 불이익이 우려된다.	인사·승진 등 불이익이 우려된다.	기타	전체
종사상 지위	전체	53.9	27.7	13.9	4.5	100.0
	상용	52.9	27.9	15.5	3.7	100.0
	임시	59.7	25.8	8.3	6.3	100.0
	일용	51.7	29.6	5.7	13.0	100.0
고용 형태	정규	53.2	25.6	17.6	3.5	100.0
	비정규	54.3	29.0	11.6	5.1	100.0
사업체 규모	5인 미만	67.8	20.0	7.2	5.0	100.0
	5~29인	57.9	26.1	9.8	6.2	100.0
	30~299인	52.3	29.4	14.8	3.5	100.0
	300인 이상	34.9	36.2	26.6	2.3	100.0

[그림 3-6-15] 질병 휴가 사용 후 예상되는 불이익



## ○ 질병 휴가 이용 위해 필요한 조치

- 임금근로자는 제도 법적 의무화(53.2%) 또는 상병 치료기간 해고금지 의무화(14.3%) 등 제도의 법적 의무화가 가장 중요한 조치라고 응답.
- 비임금근로자의 경우 1순위 첫 번째 조치가 '모든 사업장이 병가 및 질병휴직 제도를 도입하도록 법으로 의무화'(37.1%)였으나 두 번째 조치가 '근로자가 상병으로 일을 할 수 없는 기간의 손실 비용에 대한 사업주 지원'(22.0%)으로 임금근로자와 다른 특성이 드러남. 사업주 지원의 필요성에 대한 응답률이 고용주(24.0%)>자영자(21.4%) 순이었음.

〈표 3-6-45〉 질병 휴가 이용 위해 필요한 조치 (1순위)

(단위: %)

구분 (1순위)	모든 사업장이 병가 및 질병휴직 제도를 도입하도록 법으로 의무화	상병 치료기간에 근로자를 해고할 수 없도록 법으로 의무화	근로자가 상병으로 일을 할 수 없는 기간의 손실 비용에 대한 사업주 지원	근로자가 상병으로 일을 할 수 없을 때 필요한 대체인력 지원	캠페인 등을 통해 병가 및 질병휴직을 자유롭게 사용하는 문화 정착 유도	기타	전체
전체(1순위)	51.9	13.8	13.8	11.7	7.8	1.0	100.0
임금근로자 전체(1순위)	53.2	14.3	13.1	11.2	7.6	0.6	100.0
사업체 규모	5인 미만	54.3	13.4	13.2	11.3	7.4	100.0
	5~29인	51.8	17.1	11.1	10.9	8.2	100.0
	30~299인	46.0	15.6	18.4	10.7	8.0	100.0
	300인 이상	52.7	12.8	14.2	11.4	8.1	100.0
종사상 지위	상용	55.1	14.3	12.1	11.4	6.6	100.0
	임시	52.3	15.2	13.8	10.1	7.7	100.0
	일용	51.3	15.5	12.3	11.8	8.8	100.0
비임금근로자 전체(1순위)	37.1	8.1	22.0	17.2	10.0	5.7	100.0
종사상 지위	고용주	35.6	11.2	24.0	18.4	8.1	100.0
	자영자	38.3	6.2	21.4	16.2	10.5	100.0
	무급가족	34.9	10.9	20.6	19.3	11.1	100.0

〈표 3-6-46〉 질병 휴가 이용 위해 필요한 조치 (2순위)

(단위: %)

구분 (2순위)	모든 사업장이 병가 및 질병휴직 제도를 도입하도록 법으로 의무화	상병 치료기간에 근로자를 해고할 수 없도록 법으로 의무화	근로자가 상병으로 일을 할 수 없는 기간의 손실 비용에 대한 사업주 지원	근로자가 상병으로 일을 할 수 없을 때 필요한 대체인력 지원	캠페인 등을 통해 병가 및 질병휴직을 자유롭게 사용하는 문화 정착 유도	기타	전체
전체(2순위)	15.4	28.7	21.2	20.6	13.9	0.2	100.0
임금근로자 전체(2순위)	15.3	29.6	20.9	20.1	13.9	0.1	100.0
사업체 규모	5인 미만	15.0	29.6	20.7	20.2	14.4	100.0
	5~29인	16.4	29.4	21.8	19.3	13.1	100.0
	30~299인	16.0	31.2	20.6	21.7	10.3	100.0
	300인 이상	14.2	30.7	20.6	20.6	13.8	100.0
종사상 지위	상용	16.2	28.0	23.4	19.8	12.6	100.0
	임시	16.1	31.4	19.2	19.8	13.3	100.0
	일용	14.1	28.9	18.7	20.4	17.8	100.0
비임금근로자 전체(2순위)	16.7	17.7	23.9	25.9	14.5	1.3	100.0
종사상 지위	고용주	18.8	15.4	24.0	32.1	8.8	100.0
	자영자	15.6	16.8	25.2	25.0	15.6	100.0
	무급가족	17.6	25.8	18.1	18.2	20.2	100.0

## 제4절 상병 발생 후 대응 및 사회보장제도 관계

### ○ 조사표 C. 지난 10년 주된 상병 경험

〈표 3-6-47〉 지난 10년 상병 발생 경험과 대응 조사 항목

구분	문항
지난 10년 취업기간 중 업무 외 부상·질병 발생한 경험	지난 10년 취업기간 중 업무 외 부상·질병으로 아팠던 경험 유무
	발생연도
지난 10년 동안 주된 상병 경험과 대응	주된 상병 당시 일자리 특성 (종사상지위, 사업체규모, 직업, 특수형태근로종사자 여부)
	주된 상병 감염병 여부
	주된 상병 원인 질환
	주된 상병 기간
	주된 상병 당시 휴가 유형
	주된 상병 치료 방법
	충분히/적시에 치료 받았는지
	충분히/적시에 치료 받지 못한 이유
주된 상병으로 인한 소득 변화 경험과 대응	주된 상병 당시 일 했을 때 생산성
	주된 상병 당시 월평균 소득
	주된 상병으로 소득 감소 여부
	소득 감소한 수준
	소득 감소한 기간
주된 상병으로 인한 일자리 상실 경험과 대응	소득 감소에 대한 대응
	주된 상병으로 인해 일자리 상실 여부
	실직/폐업, 이직/전직하게 된 이유
	재취업 여부
	재취업까지 기간
주된 상병 발생 후 민간의료보험 이용 경험	재취업 후 소득 증감 여부, 감소한 수준
	주된 상병 당시 민간의료보험 가입/청구 경험
주된 상병 발생 후 공적안전망 이용 경험	민간의료보험 청구 결과로 지급받은 금액
	실업/산재급여, 긴급복지지원, 생계급여, 장애(장해)연금, 장애등록, 재난적의료비사업

### 가. 상병 발생 경험과 대응

□ 지난 10년 취업기간 중 업무 외 부상·질병 발생한 경험으로 상병수당 정책 경험할 확률 파악

○ 지난 10년 취업기간 중 업무 외 부상·질병으로 아팠던 경험 유무 및 시점

- 현재 비취업자 가운데 지난 10년 중 취업경험이 있는 개인(832명)과 현재 취업자(8,269명)가 모두 응답한 결과, 9,101명의 응답자 가운데 지난 1년 취업기간 중 아팠던 경험이 있는 사람은 31.6%이며 이들을 포함해 3년 이내 경험자 비율 36.9%, 5년 이내 44.7%, **10년 이내 51.9%로 절반 이상이 취업기간 중에 업무 외 부상·질병으로 상병을 경험함.**

〈표 3-6-48〉 지난 10년 취업기간 중 업무 외 부상·질병으로 아팠던 경험자의 비율

(단위: 명, %)					
구분	사례수	지난 1년 이내	3년 이내	5년 이내	10년 이내
있다	9,101	31.6	36.9	44.7	51.9

□ 지난 10년 취업기간 중 발생한 가장 주된 상병

○ 발생시점 : 조사시점에 가까울수록 주된 상병 발생 빈도수가 높아지는 경향이 있음.

〈표 3-6-49〉 지난 10년 취업기간 중 업무 외 부상·질병으로 가장 아팠던 경험 발생연도

(단위: 건)	
항목	사례수
2011년	322
2012년	213
2013년	178
2014년	197
2015년	361
2016년	299
2017년	336
2018년	571
2019년	793
2020년	1,094
2021년	571
전체	4,935

□ 지난 10년 동안 주된 상병 경험과 대응

○ 주된 상병 당시 일자리 특성: 종사상지위, 사업체규모, 직업, 특수형태근로종사자 여부

○ 주된 상병 당시 원인: 감염병 여부, 원인 질환

- 10년내 취업기간 중 업무 외 주된 상병은 감염병이 11.5%, 비감염 질환이 88.5%를 차지함.
- 질환으로 구분하면 근골격계가 20.7%로 가장 높고, 호흡기계 14.3%, 소화기계 13.2%, 상해·외인이 10.3% 순으로 높은 비중을 차지함.

〈표 3-6-50〉 지난 10년 주된 상병 감염질환 여부

(단위: 건, %)		
항목	사례수	%
감염 질환	618	11.5
감염 질환 아님	4,317	88.5
전체	4,935	100.0

(표 3-6-51) 지난 10년 주된 상병의 주된 원인 질환 (당시 연령별)

(단위: 건, %)

항목		전체		당시 연령별				
		사례수	%	30세미만	30대	40대	50대	60대 이상
내과, 외과 분야	1) 호흡기계	761	14.3	19.8	15.9	14.4	9.8	9.1
	2) 소화기계	731	13.2	18.4	14.7	12.0	9.1	10.5
	3) 순환기계	161	3.5	1.5	2.4	2.2	6.8	5.8
	4) 내분비계	119	2.8	1.2	1.5	3.5	3.7	4.7
	5) 혈구 및 조혈기 관 의 질환	34	0.9	0.4	1.3	1.2	1.4	0.0
	6) 신경계	497	9.6	9.3	11.1	10.3	10.3	5.6
	7) 근골격계	935	20.7	10.5	16.0	21.8	26.3	34.4
피부, 비뇨, 산부인과, 안·이비인후과 분야	8) 피부, 피하조직	111	2.3	5.3	2.2	1.7	1.2	0.6
	9) 신장및비뇨생식계	242	5.4	5.1	4.2	6.9	5.2	5.9
	10) 임신, 출산	57	1.7	2.5	4.2	0.8	0.1	0.0
	11) 눈 및 눈 부속기	72	1.6	1.4	1.5	1.0	1.4	3.3
	12) 귀, 코, 입, 인후	118	2.6	2.9	2.3	2.9	1.9	2.8
	13) 정신건강	209	4.5	7.5	5.2	3.8	2.6	2.2
	14) 신생물	126	2.5	1.0	2.7	3.1	2.9	2.7
15) 감염		77	1.6	1.4	1.5	1.9	1.9	1.1
16) 상해·외인		548	10.3	9.8	10.9	9.7	12.4	8.6
17) 치아		118	2.3	1.9	2.0	2.4	2.6	2.6
18) 기타		19	0.3	0.2	0.4	0.5	0.3	0.1
전체		4,935	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

○ 당시 연령대와 종사상지위별, 지난 10년 주된 상병의 주된 원인 질환 분포를 보면,

- 연령이 낮을수록 호흡기계 및 소화기계의 비중이 높은 반면, 40대 이상에서 근골격계의 비중이 크게 높아짐. 상해·외인의 비중은 연령별로 큰 차이를 보이지 않고, 30세미만에 서 정신건강이 상대적으로 큰 비중을 차지함.
- 종사상지위별로 연령이 높고 육체노동 비중이 높은 일용직에서 근골격계 질환의 비율이 높음. 종사상지위 연령분포에 따른 질환 분포 특성이 드러남.

(표 3-6-52) 지난 10년 주된 상병의 주된 원인 질환 (당시 종사상지위별)

(단위: %)

항목		전체	당시 종사상지위					
			상용	임시	일용	고용주	자영자	무급가족종사자
내과, 외과 분야	1) 호흡기계	14.3	15.2	17.6	11.8	10.0	13.1	5.1
	2) 소화기계	13.2	14.3	13.1	9.5	8.0	15.4	7.8
	3) 순환기계	3.5	2.4	3.8	2.5	10.6	6.1	3.3
	4) 내분비계	2.8	2.3	1.7	1.9	2.5	4.7	7.1
	5) 혈구 및 조혈기 관 의 질환	0.9	0.7	0.6	2.2	1.0	0.1	3.3

항목		전체	당시 종사상지위					
			상용	임시	일용	고용주	자영자	무급가족종사자
피부, 비뇨, 산부인과, 안·이비인후과 분야	6) 신경계	9.6	9.4	9.0	10.2	10.8	9.1	12.8
	7) 근골격계	20.7	19.4	22.5	27.2	24.6	18.8	20.8
	8) 피부, 피하조직	2.3	1.8	3.9	4.0	1.3	1.7	3.8
	9) 신장및비뇨생식계	5.4	5.8	4.0	4.7	7.1	4.5	7.0
	10) 임신, 출산	1.7	2.0	1.9	0.2	1.0	0.4	2.5
	11) 눈 및 눈 부속기	1.6	1.4	2.7	0.2	2.0	2.1	1.1
	12) 귀, 코, 입, 인후	2.6	2.3	2.9	1.6	1.8	2.5	6.0
13) 정신건강		4.5	4.7	3.2	9.5	3.7	2.0	4.6
14) 신생물		2.5	2.8	1.1	1.4	2.5	3.4	2.4
15) 감염		1.6	1.6	1.4	1.2	1.7	1.7	2.2
16) 상해·외인		10.3	11.2	9.4	7.5	9.4	11.9	5.4
17) 치아		2.3	2.0	1.2	4.3	2.0	2.7	4.6
18) 기타		0.3	0.4	0.1	0.2	0.0	0.0	0.4
전체		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

○ 주된 상병 기간 분포: 3일 미만, 3일~1주, 1주 초과~2주, ..., 2년 초과, 회복되지 않았음.

- 주된 상병으로 20.7%가 3일 미만, 42.1%가 일주일 미만 동안 아팠고, 16.5%가 6개월을 초과해 아프거나 회복되지 않았음.
- 주된 상병 기간은 연령별로 뚜렷한 차이를 보임. 연령이 높아질수록 기간이 길어지는 것을 확인할 수 있음.

(표 3-6-53) 지난 10년 주된 상병으로 아팠던 기간 분포

(단위: 명, %)

구분		아팠던 날 있을 빈도 수(명)	아팠던 날 (아팠던 날 있는 사람 대비 비율, %)								
			3일 미만	3일~1주	1주 초과~2주	15일 ~1개월	1개월 초과~6개월	6개월 초과~1년	1년 초과~2년	2년 초과	회복되지 않았음
전체		4,935	20.7	21.4	13.9	12.1	15.5	4.9	2.5	2.2	6.9
성 별	남성	2,737	22.0	21.4	15.3	11.7	14.8	5.1	1.8	1.2	6.9
	여성	2,198	19.4	21.3	12.4	12.6	16.2	4.8	3.2	3.2	7.0
당 시 연 령 대	30세 미만	1,018	27.9	23.7	11.9	9.9	13.0	4.8	2.4	1.8	4.7
	30대	1,235	22.8	24.8	12.9	11.1	16.6	3.1	1.7	2.7	4.3
	40대	1,337	18.9	19.8	14.6	14.4	14.2	5.0	3.7	2.8	6.6
	50대	950	16.4	20.2	15.4	12.8	17.7	6.0	2.1	1.9	7.5
	60대 이상	395	15.5	16.5	15.0	12.2	16.5	6.5	2.1	1.2	14.4
당 시 종 사 상 지 위	상용	2,940	22.9	21.7	14.7	10.9	16.6	4.5	2.1	2.1	4.8
	임시	639	23.4	22.4	9.8	15.1	12.7	4.3	2.0	1.1	9.4
	일용	326	17.9	19.1	12.0	11.9	19.6	3.5	3.5	3.5	9.0
	고용주	266	19.3	19.8	20.3	12.1	11.6	7.2	2.2	1.2	6.3
	자영자	576	16.7	21.6	15.1	14.0	12.5	6.8	2.0	2.7	8.6
무급가족		188	6.1	19.4	11.8	12.4	16.0	7.4	7.2	4.0	15.8

주: 아팠을 당시 연령대 19세 미만 46명(9~18세) 포함으로 산출

- 지난 10년 주된 상병의 주된 원인 질환의 상병기간 분포를 보면 가장 비중이 높은 근골격계(20.7%)는 1주일 미만이 25.3%, 그 다음 순서인 호흡기계, 소화기계는 1주일 미만이 각각 76.4%, 66.2%로 2/3~3/4이 일주일 미만, 상해·외인은 1주일 미만이 22.1%로 기간에 차이를 보임. 40세 미만에서 과반의 비중을 차지하는 호흡기계, 소화기계는 상병 기간이 짧은 반면, 40세 이상 및 일용직에서 비중이 큰 근골격계는 1개월~6개월이 23%, 상해·외인은 28.8%로 상대적으로 상병 기간이 긴 편임.(그림 3-6-25)

〈표 3-6-54〉 지난 10년 주된 상병 10대 주된 질환별 아팠던 기간 분포

(단위: %)

구분	아팠던 날 (아팠던 날 있는 사람 대비 비율, %)									전체
	3일 미만	3일~1주	1주 초과~2주	15일~1개월	1개월 초과~6개월	6개월 초과~1년	1년 초과~2년	2년 초과	회복되지 않았음	
전체	20.7	21.4	13.9	12.1	15.5	4.9	2.5	2.2	6.9	100.0
근골격계	10.7	14.6	13.5	14.5	23.0	7.3	2.8	1.6	11.9	100.0
호흡기계	43.0	33.4	12.1	5.4	2.0	1.0	0.7	0.9	1.6	100.0
소화기계	33.5	32.7	15.7	7.4	5.3	1.7	1.5	1.1	1.1	100.0
상해·외인	6.6	15.5	15.9	21.6	28.8	5.2	2.1	0.8	3.6	100.0
신경계	20.4	15.7	10.2	13.6	15.7	5.8	3.1	3.8	11.7	100.0
신장 및 비뇨·생식기계	18.9	21.8	26.4	9.9	12.6	3.3	4.4	1.6	1.2	100.0
정신건강	12.3	7.5	9.8	6.5	20.8	12.5	6.1	11.4	13.2	100.0
순환기계	14.9	14.9	13.6	16.0	16.7	5.0	1.3	1.1	16.5	100.0
내분비계	13.2	15.3	12.7	18.2	9.0	3.1	7.1	1.1	20.5	100.0
귀, 코, 입, 인후	26.6	39.1	10.9	8.5	9.0	2.2	0.5	0.0	3.2	100.0

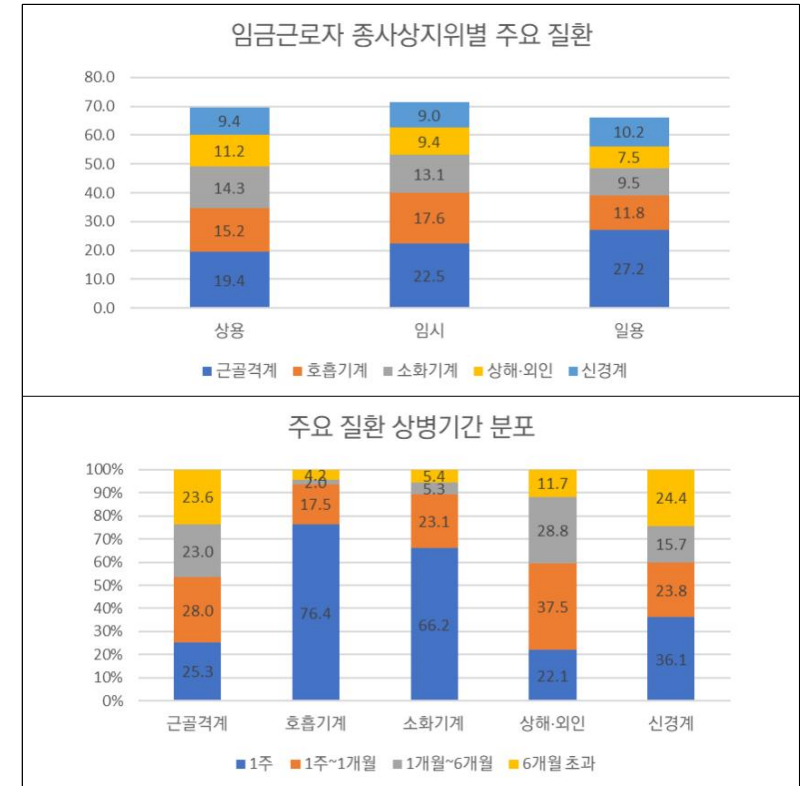
〈표 3-6-55〉 지난 10년 임금근로자 종사상지위별 10대 주요 질환 비중과 아팠던 기간 분포

(단위: %)

구분	상용	임시	일용	1주	1주~1개월	1~6개월	6개월 초과	전체
전체	100.0	100.0	100.0	42.1	26.0	15.5	16.5	100.0
근골격계	19.4	22.5	27.2	25.3	28.0	23.0	23.6	100.0
호흡기계	15.2	17.6	11.8	76.4	17.5	2.0	4.2	100.0
소화기계	14.3	13.1	9.5	66.2	23.1	5.3	5.4	100.0
상해·외인	11.2	9.4	7.5	22.1	37.5	28.8	11.7	100.0
신경계	9.4	9.0	10.2	36.1	23.8	15.7	24.4	100.0
신장 및 비뇨·생식기계	5.8	4.0	4.7	40.7	36.3	12.6	10.5	100.0
정신건강	4.7	3.2	9.5	19.8	16.3	20.8	43.2	100.0
순환기계	2.4	3.8	2.5	29.8	29.6	16.7	23.9	100.0
내분비계	2.3	1.7	1.9	28.5	30.9	9.0	31.8	100.0
귀, 코, 입, 인후	2.3	2.9	1.6	65.7	19.4	9.0	5.9	100.0

〈그림 3-6-16〉 지난 10년 임금근로자 종사상지위별 주된 질환(68.1% 차지하는 5대 질환)과 상병기간 분포

(단위: %)



## ○ 주된 상병 휴가 유형

## - 사용한 휴가 유형:

- 임금근로자: 유급연차휴가, 무급생리휴가, 유급병가/질병휴직, 무급병가/질병휴직
- 비임금근로자: 휴업, 휴무

- 주된 상병 당시 임금근로자 종사상지위별 휴가유형에 따른 사용률을 살펴보면 유급병가/질병휴직 사용률이 상용직 32.5%, 임시직 17.6%, 일용직 13%, 유급 연차휴가 사용률이 상용, 임시, 일용직 순으로 46.9%, 19.9%, 14.2%로 유급휴가 사용률에서 종사상지위별로 뚜렷한 차이가 나타남.



- 주된 상병 당시 임금근로자 **사업체규모별** 휴가유형에 따른 사용률을 살펴보면 유급병가/질병휴직 사용률이 사업체규모가 커질수록 증가하여 5인 미만 19.9%에서 300인 이상 35.6%, 유급 연차휴가 사용률 역시 단조 증가하여 5인 미만 23.2%, 300인 이상 55.6%로 사업체규모별 유급휴가 사용률에서 격차를 보였음.
- 임금근로자인 특고종사자는 임금근로자 전체 평균과 유급휴가 사용률이 매우 유사했으나 무급병가 및 무급질병휴직 사용률도 높아 유·무급을 혼용하는 경우가 많은 것으로 추측됨.

〈표 3-6-56〉휴가유형별 사용률: 임금근로자

(단위: 명, %)

구분		아팠던 날 있음 빈도 수(명)	유급 연차 휴가	무급 생리휴가	유급병가/질병휴직	무급병가/질병휴직
임금근로자 전체		3,905	38.7	4.1	27.9	22.1
당시 종사상 지위	상용	2,940	46.9	3.5	32.5	18.2
	임시	639	19.9	4.6	17.6	29.3
	일용	326	14.2	8.1	13.0	37.6
	특고(임금근로자)	380	34.9	13.4	26.9	44.0
당시 사업체 규모	5인 미만	870	23.2	5.4	19.9	24.4
	5~29인	1369	36.4	3.9	24.9	24.2
	30~299인	1017	43.9	2.7	33.2	20.9
	300인 이상	649	55.6	5.4	35.6	16.5

- 주된 상병 당시 비임금근로자 **종사상지위별** 휴가유형에 따른 사용률을 살펴보면 업무를 대신할 사람이 없는 1인 자영자는 사업이나 영업을 일시적으로 중단하는 비율이 42.6%로 고용주 22.1%, 무급가족종사자 23%보다 높고, 비임금근로자 특고종사자는 1인 자영자와 가장 유사한 유형별 사용률을 보였지만 휴무하는 비율은 자영자보다 높는데 자영자보다 임금근로자와 같이 종속성을 띠는 비율이 더 높기 때문으로 판단됨.

〈표 3-6-57〉휴가유형별 사용률: 비임금근로자

(단위: 명, %)

구분		아팠던 날 있음 빈도 수(명)	휴업 (사업이나 영업 일시적으로 중단)	휴무 (일정한 기간 분인은 업무를 쉼. 다른 인력이 있어 사업이나 영업은 지속함.)
비임금근로자 전체		1,030	33.0	42.8
당시 종사상 지위	고용주	266	22.1	55.9
	자영자	576	42.6	37.4
	무급가족	188	23.0	43.0
	특고 (비임금근로자)	276	42.2	45.6

□ 주된 상병 당시 치료 방법과 충분히/적시에 치료받았는지 여부와 이유

○ 주된 상병 치료 방법: 병의원 외래 방문, 입원 치료, 수술, 단순 휴식

- 주된 상병 치료 방법을 보면 종사상지위별로 차이를 보이는 항목이 병의원 이용없이 단순 휴식을 취하는 비율이 일용직, 임시직, 상용직으로 낮아지는 것으로 나타났다. 상병의 내용과 중증도에 따라 치료 방법은 달라지겠지만 취업 지위가 낮을수록 단순 휴식하는 비율이 높은 것은 휴가 관련 제도와 소득의 영향이 있을 것으로 보여 추가 분석이 요구됨.

〈표 3-6-58〉주된 상병 치료 방법

(단위: 명, %)

구분		아팠던 날 있음 빈도 수(명)	① 병의원 이용 없이 단순 휴식 (약국에서 약만 사서 복용한 것 포함)	② 병의원 외래 방문 - 치료를 목적으로 당일 의료기관 방문	③ 병의원 입원 치료(응급실 방문 포함) - 하룻밤 이상 의료기관에서 취침한 경우	④ 수술
전체		4,935	26.9	74.6	37.9	24.2
당시 종사 상 지위	상용	2,940	24.7	74.5	38.5	24.5
	임시	639	32.7	73.6	25.4	19.5
	일용	326	39.2	70.6	34.9	20.5
	고용주	266	26.8	73.1	47.2	27.8
	자영자	576	23.3	77.6	42.5	28.5
	무급가족	188	25.1	78.3	52.5	26.8

○ 충분히/적시에 치료받았는지에 대해 32.7%가 충분히 치료받지 못했고, 30.8%가 적시에 치료받지 못했다고 응답하였음.

- 종사상지위별로 살펴보면 임금근로자 가운데 임시직이 충분히/적시에 치료 받지 못했다고 응답한 비율이 가장 높았고, 두 항목 모두에서 상용직이 가장 낮은 비율을 보여 지위를 반영함.
- 균등화 가구소득 수준이 높아짐에 따라 충분히/적시에 치료 받지 못한 비율이 감소하는 경향을 보여 **가구의 소득수준과 의료적 대응이 연관성을 보이는 것**을 알 수 있음. 당시 월소득 수준에서도 100만원 미만 근로자가 충분히 치료 받지 못한 비율이 300만원대보다 낮은 것을 제외하고는 **월소득이 낮을수록 충분히/적시에 치료받지 못하는 비율이 높음**을 확인할 수 있음.

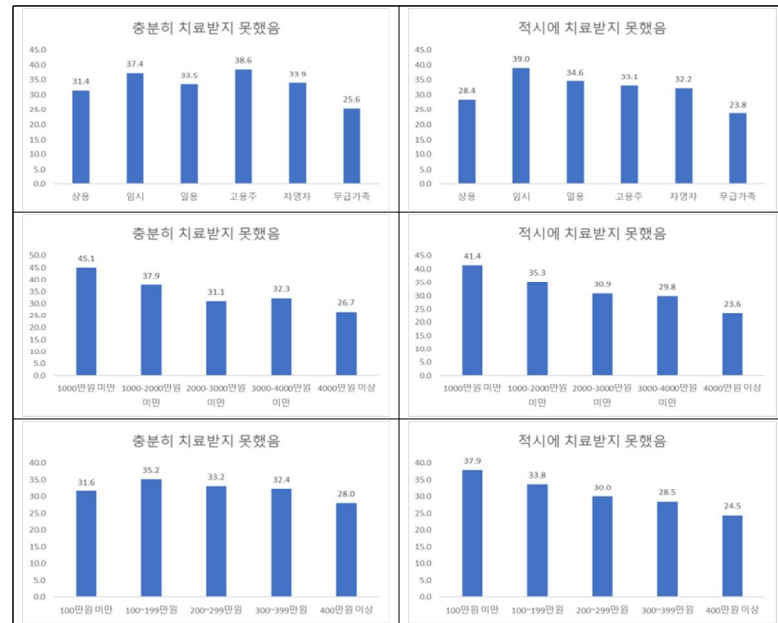
(표 3-6-59) 주된 상병 충분히/적시에 치료 받지 못한 사람들의 비율

(단위: 명, %)

구분		아팠던 날 있음 빈도 수(명)	충분히 치료 받지 못했음(%)	적시에 치료 받지 못했음(%)
전체		4,935	32.7	30.8
당시 종사상 지위	상용	2,940	31.4	28.4
	임시	639	37.4	39.0
	일용	326	33.5	34.6
	고용주	266	38.6	33.1
	자영자	576	33.9	32.2
	무급가족	188	25.6	23.8
균등화 가구소득 수준	1000만원 미만	156	45.1	41.4
	1000~2000만원 미만	1146	37.9	35.3
	2000~3000만원 미만	1624	31.1	30.9
	3000~4000만원 미만	970	32.3	29.8
	4000만원 이상	1039	26.7	23.6
당시 월소득 수준	100만원 미만	345	31.6	37.9
	100~199만원	1,281	35.2	33.8
	200~299만원	1,655	33.2	30.0
	300~399만원	818	32.4	28.5
	400만원 이상	836	28.0	24.5

[그림 3-6-17] 종사상지위별, 가구소득수준별, 월소득수준별 충분히/적시에 치료받지 못한 비율

(단위: %)



○ 충분히/적시에 치료받지 못한 이유: 제도 접근성, 소득감소나 실직/폐업 우려, 치료비 부담 등

- '제때, 충분히 휴가를 쓸 수 있는 분위기가 아니라서'라는 응답이 42.9%로 가장 크고, 그 다음이 '치료기간 중 소득감소 부담 때문에' 18%, '치료비 및 간병비 부담 때문에'가 15.4%, '실직이나 폐업이 우려되어서'가 10.7% 순서임.

- 임금근로자 종사상지위별로 차이가 매우 큼. **상용직은 회사 내 분위기가 주된 걸림돌인 반면, 임시직과 일용직은 소득감소 및 치료비용 문제가 커서** 소득 및 치료비 지원의 필요가 큼.

• 상용직은 절반 이상(57.6%)가 '제때, 충분히 휴가를 쓸 수 있는 분위기가 아니라서' 충분히/적시에 치료받지 못했고, 그 다음이 '실직이나 폐업이 우려되어서' 10.7%로 간극이 큼.

• 임시직도 '제때, 충분히 휴가를 쓸 수 있는 분위기가 아니라서'가 34.7%로 가장 높은 비율이지만, 그 다음이 '치료비 및 간병비 부담 때문에' 25.9%, '치료기간 중 소득감소 부담 때문에' 18.8%로 소득감소나 비용 부담 문제가 큼.

• 일용직은 임시직보다 소득 및 비용의 문제가 더 큼. '치료비 및 간병비 부담 때문에' 34.5%, '치료기간 중 소득감소 부담 때문에' 25.4%로 과반을 차지함.

- 비임금근로자의 경우 '치료기간 중 소득감소 부담 때문에'가 **고용주 36.5%, 자영자 39.6%로 가장 큰 이유**였음. 무급가족종사자는 42.2%가 치료비 부담이 가장 큰 이유라고 응답. 적절한 치료행위를 위한 소득지원의 필요를 파악할 수 있음.

- 월소득 수준별로 소득수준이 높아질수록 '제때, 충분히 휴가를 쓸 수 있는 분위기가 아니라서' 응답률이 높아져 소득수준이 높은 상용직과 고용주의 응답을 반영하는 경향이 있음. 월소득 수준에 따라 가장 뚜렷한 차이를 보이는 항목은 '치료비 및 간병비 부담 때문에'로 월소득이 낮을수록 이 응답률이 매우 높음을 알 수 있음.

- 당시 종사상지위·가구소득수준별 주된 상병 발생했을 때 충분히 또는 적시에 치료 받지 못한 이유(〈표 3-6-61〉, [그림 3-6-17])를 보면 **종사상지위에 따른 특성에 매우 강하게 드러나, 상용직은 '제때, 충분히 휴가를 쓸 수 있는 분위기가 아니라서'가 가장 높은 반면, 임시·일용직과 비임금근로자는 치료기간 소득감소와 치료비 부담과 같은 가처분소득을 줄이는 부담 요인이 과반 정도로 매우 높은 비중을 차지함**. 각 종사상지위 내에서 소득수준이 낮을수록 소득감소와 비용부담이 더 큰 이유로 작용했음.

〈표 3-6-60〉 주된 상병 충분히/적시에 치료 받지 못한 이유

(단위: %)

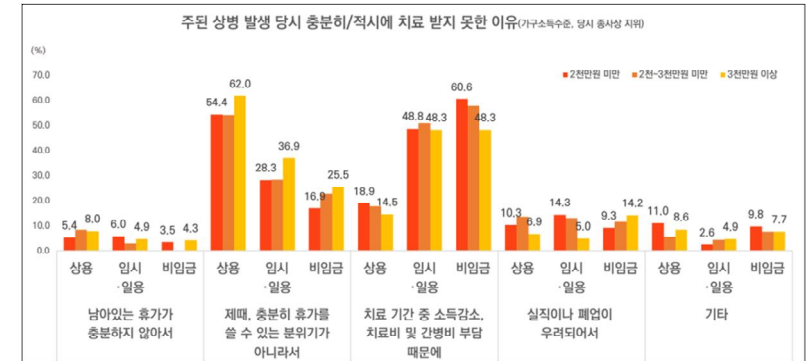
구분	① 남아있는 휴가가 충분하지 않아서	② 제때, 충분히 휴가를 쓸 수 있는 분위기가 아니라서	③ 치료 기간 중 소득감소 부담 때문에	④ 실직이나 폐업이 우려되어서	⑤ 치료비 및 간병비 부담 때문에	⑥ 기타	전체
전체	5.8	42.9	18.0	10.7	15.4	7.2	100.0
당시 종사상 지위	상용	7.6	57.6	9.9	10.0	8.3	100.0
	임시	5.4	34.7	18.8	11.8	25.9	100.0
	일용	3.4	20.3	25.4	12.1	34.5	100.0
	고용주	3.1	31.6	36.5	11.1	10.2	100.0
	자영자	2.9	18.1	39.6	11.2	17.6	100.0
	무급가족	1.6	17.2	22.3	12.2	42.2	100.0
당시 월소득 수준	100만원 미만	2.9	30.6	18.7	11.1	32.6	100.0
	100~199만원	4.6	35.2	18.9	15.4	20.6	100.0
	200~299만원	7.3	49.7	17.3	7.8	10.4	100.0
	300~399만원	6.4	51.7	17.8	9.4	7.6	100.0
	400만원 이상	7.1	46.8	17.0	7.8	8.5	100.0
균등화 가구 소득	1000만원 미만	2.8	29.7	20.1	16.3	28.1	100.0
	1000~2000만원 미만	5.6	36.7	16.5	10.4	22.1	100.0
	2000~3000만원 미만	5.4	41.0	18.4	13.2	16.2	100.0
	3000~4000만원 미만	7.3	41.5	22.6	10.6	10.3	100.0
	4000만원 이상	6.4	63.0	13.9	4.8	4.0	100.0

〈표 3-6-61〉 당시 종사상지위별·가구소득수준별 주된 상병 충분히/적시에 치료 받지 못한 이유

(단위: %)

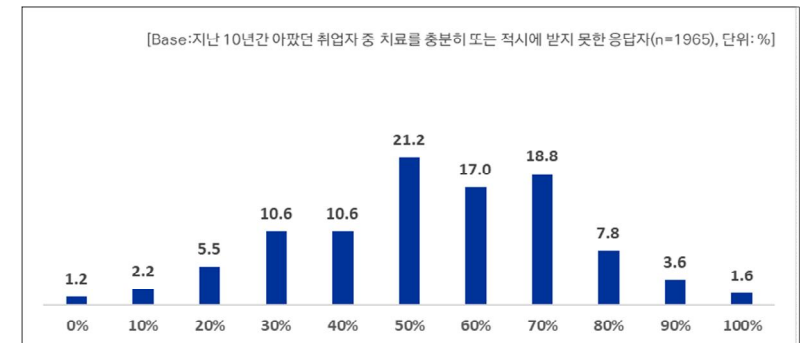
구분	① 남아있는 휴가가 충분하지 않아서	② 제때, 충분히 휴가를 쓸 수 있는 분위기가 아니라서	③ 치료 기간 중 소득감소 부담 때문에	④ 실직이나 폐업이 우려되어서	⑤ 치료비 및 간병비 부담 때문에	⑥ 기타	전체
전체	5.8	42.9	18.0	10.7	15.4	7.2	100.0
상용	2000만원 미만	5.4	54.4	7.3	10.3	11.0	100.0
	2000~2999만원	8.5	54.2	11.0	13.7	6.7	100.0
	3000만원 이상	8.0	62.0	10.4	6.9	4.1	100.0
임시·일용	2000만원 미만	6.0	28.3	17.3	14.3	31.5	100.0
	2000~2999만원	3.0	28.5	18.8	13.1	32.1	100.0
	3000만원 이상	4.9	36.9	31.2	5.0	17.1	100.0
비임금	2000만원 미만	3.5	16.9	31.5	9.3	29.1	100.0
	2000~2999만원	0.0	22.8	38.0	11.7	19.7	100.0
	3000만원 이상	4.3	25.5	37.9	14.2	10.4	100.0

〈그림 3-6-18〉 당시 종사상지위·가구소득수준별 주된 상병 충분히/적시에 치료 받지 못한 이유



○ 충분히/적시에 치료 받지 못하고 일했을 때 노동력을 발휘하는 정도에 대한 응답에서 50%가 21.2%, 70%가 18.8%, 60%가 17%로 가장 높은 비율을 차지함.

〈그림 3-6-19〉 주된 상병 충분히/적시에 치료 받지 못했을 때 생산성



#### 나. 상병으로 인한 소득·일자리 상실과 사회보장제도 이용 경험

- 주된 상병으로 인한 소득·일자리 상실 경험과 대응, 상병수당의 필요성
- 주된 상병으로 인한 소득 변화 경험과 대응
  - 주된 상병 당시 월평균 소득

〈표 3-6-62〉 주된 상병 당시 월평균 소득(만원)

항목	사례수	평균	표준편차	최소	최대
세금 공제 전 월평균 소득(만원)	4935	250.69	165.93	0	2000

○ (주된 상병으로 소득 감소한 경험 유무, 소득 감소한 수준, 감소 기간) 종사상지위가 낮고 사업체규모가 작고 월소득 낮을수록 소득 감소를 경험하는 비율이 높고 그 기간은 길며, 소득 감소 정도는 더 큼.

- 지난 10년간 상병을 경험한 취업자 35.8%가 소득 감소를 경험했음. 소득감소를 경험한 상병자가 평소에 비해 상병기간 받은 소득수준은 80% 이상이 18.5%, 60~79%가 20.6%이며, 20%미만으로 평소 소득의 80% 이상이 감소하는 비율도 26.9%로 높음. 평균 6.18개월의 소득감소 기간을 경험
- 임금근로자 종사상지위별로 소득 감소를 경험한 비율이 **상용직 22.3%, 임시직 44.1%, 일용직 69.1%**로 임금근로자 종사상지위에 따른 격차 큼. 소득감소를 경험한 사람 중에 **80% 이상 소득유지, 60~79%로 과반이상 소득을 유지하는 경우가 상용(44.6%)>임시(40.3%)>일용직(32.9%)** 순으로 소득감소를 경험하는 사람 중에서도 상용직이 소득을 유지하는 비율이 높은 편인 반면, **일용직은 40.9%가 평소 소득의 20%미만** 밖에 벌지 못해 상병으로 인한 소득감소가 심각하며, 소득 감소 기간도 약 7개월로 약 5개월인 상용, 임시직보다 길어 소득충격이 큼.
- 비임금근로자 종사상지위별로 **고용주보다 자영업자가 소득 감소를 경험하는 비율이 더 높았음**. 소득 감소를 경험한 사람 중에서도 **고용주는 44.6%가 평소보다 소득을 60%이상 벌지만 자영업자는 35.6%가 60% 이상을 벌고**, 23.9%가 20%미만의 소득을 벌어 자영업자가 상병으로 인한 소득 감소 영향이 큼. 기간도 **자영업자 7.8개월로 고용주 5개월**보다 훨씬 긴 기간임.
- 월소득 구간별로 소득이 낮을수록 소득 감소를 경험하는 비율이 증가함. **400만원 이상 취업자 22.6%가 소득 감소를 경험하는 데 비해 100만원 미만 취업자 절반(50.1%)이 상병으로 소득이 감소함**. 소득 감소 정도는 단조증가하지는 않지만 소득이 클수록 60%

이상 소득 유지 비율도 큰 편임. (200만원 미만 34.1~37.6%, 200만원 이상 41.2~45.5%) 기간도 소득이 낮을수록 증가하는 경향 있음.

- 임금근로자 사업체규모별로 소규모 사업체일수록 소득감소 경험한 확률 높고, 평균 소득 감소 기간은 긴 경향. 30인 미만 소득 60%이상일 확률 약 37%, 30인 이상 44.7~52.3%로 차이남.

〈표 3-6-63〉 주된 상병 당시 소득이 감소한 경험 유무

(단위: %, 개월)

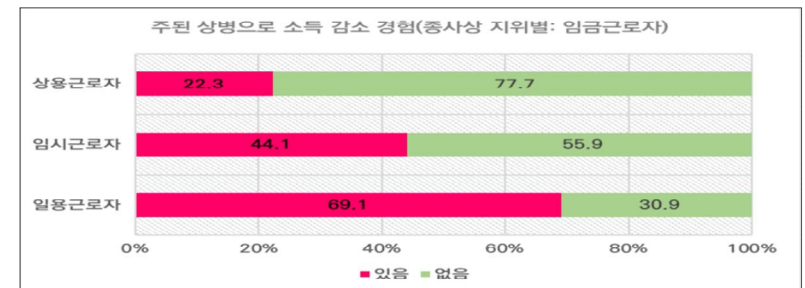
구분	소득감소 경험한 비율(%)	20% 미만	20%~39%	40%~59%	60%~79%	80% 이상	전체	소득 감소 기간 (개월)
전체	35.8	26.9	15.6	18.4	20.6	18.5	100.0	6.18
당시 종사상 지위	상용	22.3	26.8	11.6	17.0	22.2	100.0	5.17
	임시	44.1	23.8	15.0	21.0	20.0	100.0	4.74
	일용	69.1	40.9	12.1	14.1	17.6	100.0	6.94
	고용주	51.2	19.5	20.3	15.5	29.8	100.0	5.06
	자영업자	61.3	23.9	18.3	22.1	21.4	100.0	7.80
	무담가족	41.0	22.8	32.5	19.8	8.9	100.0	10.22
당시 월소득	100만원 미만	50.1	29.3	12.5	20.6	21.6	100.0	6.65
	100~199만원	44.0	27.8	17.0	21.0	17.0	100.0	6.96
	200~299만원	33.4	25.0	14.5	17.3	22.6	100.0	5.41
	300~399만원	29.0	25.2	19.8	13.8	24.4	100.0	5.31
	400만원 이상	22.6	27.5	12.8	14.3	22.1	100.0	5.86

〈표 3-6-64〉 주된 상병 당시 소득이 감소한 경험 유무(임금근로자)

(단위: %, 개월)

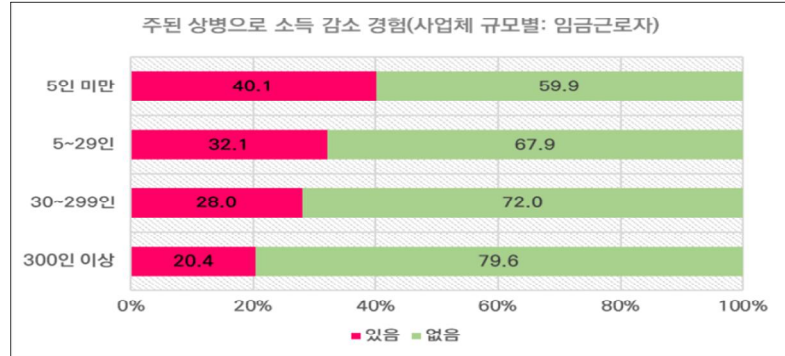
구분	소득감소 경험한 비율(%)	20% 미만	20%~39%	40%~59%	60%~79%	80% 이상	전체	소득 감소 기간 (개월)
전체	30.8	28.9	12.6	17.5	20.7	20.3	100.0	5.41
당시 사업체 규모	5인 미만	40.1	29.8	14.4	18.2	20.4	100.0	6.67
	5~29인	32.1	28.1	14.3	20.4	18.6	100.0	5.06
	30~299인	28.0	32.3	9.17	13.8	20.4	100.0	4.99
	300인 이상	20.4	20.8	10.4	14.5	28.7	100.0	4.21

〔그림 3-6-20〕 주된 상병으로 인한 소득 감소 경험(종사상 지위별: 임금근로자)



주: 상병 당시 종사상 지위 기준

[그림 3-6-21] 주된 상병으로 인한 소득 감소 경험(사업체 규모별: 임금근로자)



주: 상병 당시 사업체 규모 기준

- 소득 감소에 대한 대응: 생활비 감축, 민간보험금 이용, 저축이나 자산 처분, 가족이나 친구의 도움, 공적 소득보장제도의 지원, 대출 등
- 소득감소에 대한 대응 수단을 보면 1순위 과반(54.4%), 1~3순위 합산 77.6%가 **‘생활비를 줄였다’고 응답하여 가장 높은 비율**을 보였음. 1~3순위 합산 순위별로 2순위는 ‘저축이나 자산을 처분함’으로 응답자 절반이 3순위 안에 이 대응을 포함하였고, 3순위는 ‘가족이나 친구의 도움을 받았음’(36.6%), 4순위는 ‘민간보험금으로 충당했음’(27%)임. 반면 **‘공적 소득보장제도의 지원을 받았음’은 1~3순위 응답 합산 6.5%로 매우 낮았음.**
- 소득수준별로 1순위 과반을 차지하는 ‘생활비 줄였음’ 응답 비율은 가구소득이 낮을수록 미미하지만 증가하는 반면, **‘민간보험금으로 충당했음’, ‘저축이나 자산 처분함’했다는 응답 비율은 가구소득 높을수록 점차 높아짐.**

(표 3-6-65) 소득 감소에 대한 대응

(단위: 건, %)

항목	1순위		2순위		3순위		1+2+3순위	
	사례수	%	사례수	%	사례수	%	사례수	%
전체	1732	100.0	1300	100.0	704	100.0	1732	-
생활비를 줄였음	912	54.4	281	21.8	115	15.2	1308	<b>77.6</b>
민간보험금으로 충당했음	199	11.1	163	12.4	92	15.0	454	27.0
저축이나 자산을 처분함	305	17.4	392	29.1	164	23.0	861	<b>49.6</b>
가족이나 친구의 도움을 받았음	168	9.8	272	23.7	142	20.1	582	<b>36.6</b>
공적 소득보장제도의 지원을 받았음	26	1.2	35	2.7	47	7.3	108	6.5
직장에서 지원을 받았음	8	0.4	25	1.4	30	4.9	63	3.7
금융기관에서 대출을 받았음	96	4.7	121	7.7	105	12.6	322	16.1
기타	18	1.1	11	1.2	9	1.8	38	2.8

(표 3-6-66) 가구소득수준별 소득 감소에 대한 대응

구분	생활비 줄였음	민간보험금으로 충당했음	저축이나 자산 처분함	가족이나 친구의 도움	공적제도 지원	직장 지원	금융기관 대출	기타	전체
1순위									
균등화 가구소득	전체	54.4	11.1	17.4	9.8	1.2	0.4	4.7	100.0
	2천만원 미만	58.0	8.4	15.4	11.0	1.5	0.1	4.5	100.0
	2천~3천만원 미만	57.0	9.8	18.2	7.7	0.6	0.8	4.9	100.0
	3천~4천만원 미만	51.8	16.2	17.4	7.1	1.8	0.3	4.2	100.0
	4천만원 이상	38.2	16.7	21.2	15.8	1.5	0.4	4.8	100.0
2순위									
균등화 가구소득	전체	21.8	12.4	29.1	23.7	2.7	1.4	7.7	100.0
	2천만원 미만	20.3	11.4	28.0	27.1	3.5	1.0	8.2	100.0
	2천~3천만원 미만	21.1	11.9	30.3	24.3	2.7	0.9	6.5	100.0
	3천~4천만원 미만	21.2	14.7	33.6	17.0	1.8	2.3	9.4	100.0
	4천만원 이상	29.9	14.0	22.3	19.7	1.5	3.6	8.0	100.0

## □ 주된 상병으로 인한 일자리 상실 경험과 대응

## ○ 주된 상병으로 인해 일자리를 잃은 경험(실직, 자발적 퇴사, 폐업 포함)

- 실직·퇴사·폐업 경험 20.3%, 이직 7.2%, 일자리 유지 72.5% (4935명 응답, 실직 730명, 이직 407명, 유지 3798명, 실직이직 1137명)
- **임금근로자 종사상지위별로 실직·퇴사하는 비율 상용직 15%, 임시직 31.6%, 일용직 45.8%, 이직률 상용직 6.1%, 임시직 11%, 일용직 16.8%로 급격한 비율로 단조증가함.** 따라서 **상용직의 78.9%가 일자리를 유지하는 반면 일용직은 37.4%만 일자리 유지.**
- 비임금근로자 종사상지위별로 실직이나 폐업하는 비율이 고용주 12.2%, 자영자 15.4%, 무급가족종사자 25.7%로 증가함. 하지만 임금근로자만큼 격차가 크지는 않음.
- 월소득 수준별로도 차이가 뚜렷함. **실직·퇴사·폐업하는 비율이 100만원 미만 근로자 33.4%에서 단조감소하여 400만원 이상 근로자 9.2%로 낮아졌음.** 반면 일자리 유지 비율 100만원 미만 근로자 59.2%인데 비해, 400만원 이상 근로자 86.2%로 높음.
- 임금근로자 사업체규모별로도 중소기업사업체 근로자가 실직·퇴사 및 이직하는 비율이 훨씬 높음. 따라서 **일자리 유지하는 비율 5인 미만 62%이지만, 300인 이상 82%**

〈표 3-6-67〉 주된 상병으로 인해 일자리를 잃은 경험

(단위: %)

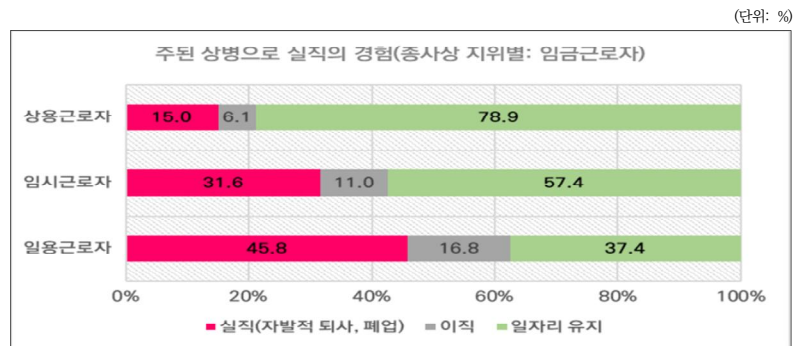
구분	실직 (자발적 퇴사, 폐업 포함)	직장이나 직업을 옮김	일자리 유지	전체
전체	20.3	7.2	72.5	100.0
당시 종사상 지위	상용	15.0	6.1	78.9
	임시	31.6	11.0	57.4
	일용	45.8	16.8	37.4
	고용주	12.2	3.9	83.9
	자영자	15.4	4.5	80.2
	무급가족	25.7	4.1	70.2
당시 월소득	100만원 미만	33.4	7.4	59.2
	100~199만원	29.1	6.9	64.1
	200~299만원	18.6	9.0	72.4
	300~399만원	8.8	7.1	84.1
	400만원 이상	9.2	4.6	86.2

〈표 3-6-68〉 주된 상병으로 인해 일자리를 잃은 경험(임금근로자)

(단위: %)

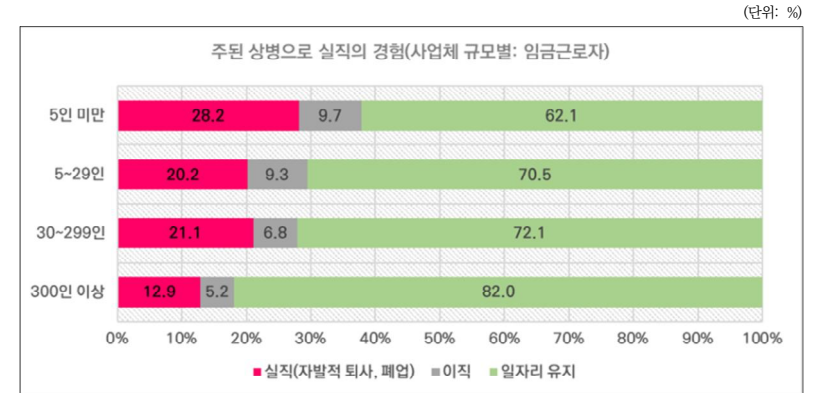
구분	실직 (자발적 퇴사, 폐업 포함)	직장이나 직업을 옮김	일자리 유지	전체
전체	21.0	8.0	70.9	100.0
당시 사업체 규모	5인 미만	28.2	9.7	62.1
	5~29인	20.2	9.3	70.5
	30~299인	21.1	6.8	72.1
	300인 이상	12.9	5.2	82.0

〔그림 3-6-22〕 주된 상병으로 인한 실직 경험(종사상 지위별)



주: 상병 당시 종사상지위 기준

〔그림 3-6-23〕 주된 상병으로 인한 실직 경험(사업체 규모별)



주: 상병 당시 사업체규모 기준

## ○ 실직/폐업, 이직/전직하게 된 이유

- 임금근로자가 상병으로 실직 또는 퇴사, 이직하는 가장 주된 이유는 자발적 퇴사임. 다음으로 '해고되지는 않았으나 눈치가 보이거나 강압에 의해 퇴사'하는 비율이 상용>임시>일용직 순이고, '사업장에서 해고' 당하는 비율은 상용직 7.6%, 임시직 9.8%, 일용직 11.6%로 일용직이 높음. 즉, 일용직은 상대적으로 해고 당하는 비율이 높고, 상용직은 해고 위험은 낮지만 자발적 또는 눈치가 보이거나 강압에 의해 퇴사하는 비율이 높은 편임.

〈표 3-6-69〉 주된 상병으로 인해 실직/폐업, 이직/전직하게 된 이유(임금근로자)

(단위: %)

구분	사업장에서 해고 않았으나 눈치가 보이거나 강압에 의해 퇴사	자발적 퇴사	기타	전체
전체	9.0	27.9	58.2	100.0
당시 종사상 지위	상용	7.6	29.3	60.2
	임시	9.8	26.7	54.9
	일용	11.6	25.9	57.5

- 비임금근로자가 상병으로 실직/폐업, 이직하는 가장 주된 이유는 '아파서 일을 할 수 없어서'가 절반에 달함. 그 다음으로 고용주, 자영자 모두 '매출 감소로 사업장 운영이 어려워짐'(27%)으로 응답하였음.

(표 3-6-70) 주된 상병으로 인해 실직/폐업, 이직/전직하게 된 이유(비임금근로자)

(단위: %)

구분		아파서 일을 할 수 없어서	치료에 전념하기 위해	매출 감소로 사업장 운영이 어려워짐	기타	전체
전체		49.6	25.0	20.1	5.3	100.0
당시 종사상 지위	고용주	51.6	17.6	27.0	3.8	100.0
	자영자	45.1	21.9	27.0	5.9	100.0
	무급가족종사자	54.5	32.0	8.4	5.1	100.0

## ○ 재취업 여부 및 재취업까지 기간, 재취업 후 소득 증감 여부 및 감소한 수준

- 상병으로 실직 및 폐업 후 재취업하는 비율은 절반보다 약간 높은 55.7%이며, 상용직이 61.9%로 약간 더 높고, 임시·일용직이 52% 정도임. 재취업까지 걸린 기간은 자영자가 15.7개월로 1년 이상 소요되어 가장 길고, 다음은 임시직 10.7개월로 거의 1년에 가까움. 일용직은 실직 및 이직 비율 높은 반면 재취업까지는 5.8개월로 상대적으로 짧은 시간 소요됨. 일용직이 소득 감소에 대한 우려나 치료비 및 간병비 때문에 충분히/적시에 치료받지 못했던 비율이 높았던 것을 고려하면 소득과 비용 부담으로 인해 건강이 회복되기 전에 일자리를 찾는 경향을 대변할 수 있음. 장기적으로 건강악화 및 생애주기적 소득감소라는 악순환으로 이어질 수 있음.

(표 3-6-71) 재취업 여부 및 재취업까지 기간

(단위: %, 개월)

구분		재취업 또는 이직/전직한 비율(%)	재취업까지 걸린 기간(개월)
전체		55.7	9.52
당시 종사상 지위	상용	61.9	8.71
	임시	52.3	10.72
	일용	52.2	5.82
	고용주	61.1	7.46
	자영자	57.0	15.66
	무급가족	32.1	16.00

- 재취업 후 소득 감소 여부와 감소한 수준을 보면, 재취업 후 소득이 감소했다고 응답한 비율은 41.9%, 비슷하다 43.6%, 더 많다 14.4%임.
- 임금근로자 종사상지위별로 더 많다고 응답한 비율이 상용직 16.3%, 임시직 12.1%, 일용직 8.7%로 임시·일용직이 더 나은 지위로 이동할 가능성이 더 낮음을 말해줌. 또한 소득 감소한 비율은 큰 차이를 보이지 않지만 감소한 수준이 상용직은 이전 직장 소득의 60%이상이 과반(56.9%)이지만 임시직은 55.6%가 20~59%로 소득수준이 크게 감소하고, 일용직은 60%이상 유지하는 비율은 임시직보다 크지만 20%미만으로 큰 소득감소를 경험하는 비율이 21.6%로 높음.

- 비임금근로자 종사상지위별로 소득감소를 경험하는 비율이 고용주 68.3%, 자영자 57.4%로 임금근로자에 비해 매우 높고 고용주가 오히려 더 높은 확률로 경험함. 새로운 직장에서 소득이 감소하는 경우 고용주는 60~79%가 39.6%, 40~59% 24.9% 순이지만, 자영자는 40~59% 38.1%, 20~39% 25.6%로 자영자가 상병으로 실직 후 새로 취업했을 때 소득감소가 더 큰 것으로 나타남.

(표 3-6-72) 재취업 후 소득 감소 여부와 감소한 수준

(단위: %)

구분		더 적다	20% 미만	20%~39%	40%~59%	60%~79%	80% 이상	비슷하다	더 많다
전체		41.9	12.5	20.9	22.8	29.7	14.1	43.6	14.4
당시 종사상 지위	상용	38.2	9.3	15.5	18.3	36.5	20.4	45.5	16.3
	임시	41.6	12.9	25.6	30.0	17.9	13.5	46.4	12.1
	일용	38.0	21.6	12.6	16.8	38.5	10.6	53.3	8.7
	고용주	68.3	5.9	24.6	24.9	39.6	4.9	21.2	10.5
	자영자	57.4	16.5	25.6	38.1	15.6	4.2	25.4	17.2
	무급가족	52.2	9.8	59.0	9.6	19.8	1.8	22.7	25.0

## □ 주된 상병 발생 후 민간의료보험 이용 경험

## ○ 주된 상병 당시 민간의료보험 가입/청구 경험과 결과

- 특정 질병 진단시 정액의 일시금 지급은 소득 감소에 대한 지원 성격을 갖고, 입원일당보험은 의료비 및 소득지원의 성격, 의료비 실손보험과 간병비 보험은 치료비 지원 성격을 지님.
- 주된 상병 당시 민간의료보험 가입 및 청구 경험과 결과를 보면 ‘청구하여 보험금 수령’한 비율이 일시금 지급 27.7%, 입원일당보험이 20%, 실손보험이 41.7%, 간병비 지급이 3.4%임.

(표 3-6-73) 주된 상병 당시 민간의료보험 가입/청구 경험과 결과

(단위: %)

항목	가입하지 않음	청구하여 보험금 수령	청구 후 심사중	청구했지만 인정되지 않음	신청하지 않음 (비해당 포함)	전체
특정 질병 진단시 정액의 일시금 지급	27.3	27.7	2.4	2.5	40.1	100.0
입원시 정액의 일당 지급(입원일당보험)	30.1	20.0	1.3	0.9	47.8	100.0
의료비 본인부담 실비 지급(실손보험)	23.7	41.7	2.0	2.3	30.2	100.0
간병비 지급	43.9	3.4	2.2	1.4	49.1	100.0



- 민간의료보험 청구 결과로 지급받은 금액에 대한 질문에 대해 정확한 금액을 모르는 경우가 71.2~87.6%로 매우 높게 나타났다. 응답률이 낮은 한계가 있지만 일시금 지급된 경우 평균 826만원, 입원일당보험은 평균 14.15일 입원, 일당 12.7만원을 지급받았다고 응답하였음. 실손보험은 평균 320만원, 간병비는 평균 6.2일 입원, 일당 19.4만원 수령하였음.

〈표 3-6-74〉 민간의료보험 청구 결과로 지급받은 금액

항목	n	%	평균	표준편차	최대	최소
특정 질병 진단시 정액의 일시금 지급	전체	1371	100.0			
	정확한 금액 모름	1005	71.2			
	일시금	366	28.8			
	일시금 금액(만 원)		826.54	3463.83	2	100000
입원시 정액의 일당 지급 (입원일당보험)	전체	977	100.0			
	정확한 금액 모름	756	75.0			
	입원	221	25.0			
	총 입원일수		14.15	24.74	1	240
	입원 _일 이후		10.21	21.50	1	180
	일당 _만 원		12.70	25.00	1	232
의료비 본인부담 실비 지급 (실손보험)	전체	2165	100.0			
	정확한 금액 모름	1640	75.9			
	일시금	525	24.1			
	일시금 금액(만 원)		320.83	2853.02	1	60000
간병비 지급	전체	193	100.0			
	정확한 금액 모름	176	87.6			
	입원	17	12.4			
	총 입원일수		6.22	10.07	1	50
	입원 _일 이후		12.63	10.22	1	30
	일당 _만 원		19.44	44.46	2	200

#### □ 주된 상병 발생 후 공적안전망 이용 경험

- 고용보험의 산제급여, 산제보험의 산제급여, 긴급복지지원, 기초생활보장제도의 생계급여, 공적연금의 장애(장해)연금, 장애인복지법에 의한 장애등록, 재난적 의료비 지원사업
- 주된 상병 발생 후 공적안전망 이용 경험을 보면 〈표 3-6-73〉과 [그림 3-6-24]와 같이 신청 후 인정된 비율이 실업급여가 7.5%로 가장 높고, 장애인복지법에 의한 장애 등록이 3.2%, 산제보험의 산제급여 2.8%, 기초생활보장제도의 생계급여 2.6%, 긴급복지지원 2.3%, 공적연금의 장애연금 1.9%, 재난적 의료비 지원사업이 1.6% 순이며, 실업급여 7.5%를 제외하고 인정된 비율이 1.6~3.2%로 매우 낮음. 소득 감소되었을 때 대응으로 1~3순위 응답이 6.5%에 불과한 것과 유사한 결과임.
- 신청했지만 인정되지 않은 비율도 2.5~3.5%로 대동소이하지만 산제보험이 3.5%로 가장 높았음. 신청 후 심사중인 비율은 실업급여가 2.6%, 긴급복지지원이 2.2% 순임.

〈표 3-6-75〉 주된 상병 발생 후 공적안전망 이용 경험

(단위: %)

항목	신청후 인정됨	신청 후 심사중	신청했지만 인정되지 않음	신청하지 않음 (비해당 포함)	전체
고용보험의 실업급여	7.5	2.6	3.3	86.7	100.0
산제보험의 산제급여	2.8	2.0	3.5	91.7	100.0
긴급복지지원	2.3	2.2	3.3	92.2	100.0
기초생활제도의 생계급여	2.6	2.1	2.8	92.5	100.0
공적연금의 장애연금	1.9	1.8	2.5	93.9	100.0
장애인복지법에 의한 장애 등록	3.2	1.4	2.6	92.7	100.0
재난적 의료비 지원사업	1.6	1.9	2.6	94.0	100.0
기타	0.3	0.0003	-	99.7	100.0

〈표 3-6-76〉 주된 상병 발생 후 공적안전망 신청 후 인정 경험

(단위: %)

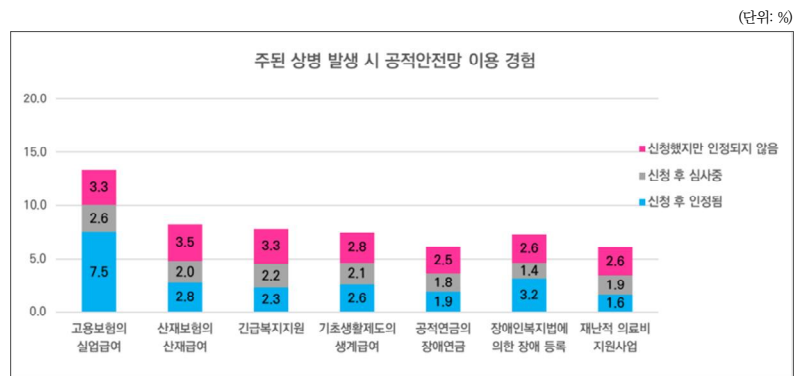
구분		고용보험의 실업급여	산제보험의 산제급여	긴급복지지원	기초생활제도 의 생계급여	공적연금의 장애연금	장애인복지 법에 의한 장애 등록	재난적 의료비 지원사업
전체		7.5	2.8	2.3	2.6	1.9	3.2	1.6
당시 총사상 지위	상용	7.8	2.9	1.7	1.3	1.8	2.7	1.3
	임시	8.1	2.4	2.6	4.3	1.2	3.1	1.9
	일용	9.8	5.4	7.4	8.6	3.9	3.6	3.9
	고용주	7.6	3.8	2.3	2.3	0.7	2.7	1.4
	자영자	2.6	1.3	2.3	3.7	3.4	6.1	1.1
	무답카족	8.7	1.8	1.1	2.0	1.2	2.6	1.4
가구 균등화 소득	1,000만원 미만	5.0	2.4	3.6	7.9	5.2	6.6	3.2
	1,000~2,000만원 미만	9.5	2.6	2.3	3.3	1.8	4.9	1.2
	2,000~3,000만원 미만	8.5	3.1	2.9	2.6	2.0	3.1	1.9
	3,000만원~4,000만원 미만	7.2	3.6	2.1	2.4	1.9	2.2	1.4
	4,000만원 이상	4.0	2.0	1.3	0.9	1.5	1.5	1.1
임금근로자 전체		8.1	3.1	2.4	2.5	1.9	2.8	1.6
당시 사업체 규모	5인 미만	6.1	3.7	3.3	4.4	2.6	4.4	2.0
	5~29인	9.4	2.5	2.4	2.5	1.3	2.6	1.8
	30~299인	9.1	3.2	1.9	2.0	1.9	2.2	1.5
	300인 이상	6.4	3.1	2.1	1.0	1.9	2.2	1.1

- 신청 후 인정된 경험을 당시 총사상지위별로 보면 **실업급여가 일용직 9.8%, 임시직 8.1%, 상용직 7.8% 순**인데 실직을 경험하는 이유에서 **일용직은 비자발적 해고의 비율이 높은 반면, 상용직은 감압에 의한 것이라도 자발적 퇴사 비율이 높아**서 실업급여 수급 요건을 충족하지 못하는 이유 때문으로 추측됨. 산제보험의 산제급여와 공적연금의 장애연금은 일용직, 상용직, 임시직 순으로 제도를 이용한 경험이 높음. 가구소득 수준의 영향을 받는 긴급복지지원과 기초생활제도의 생계급여는 가구 소득수준이 낮을 가능성이 높은 일용, 임시, 상용직 순으로 이용비율이 낮아짐.



- 가구 소득수준이 높아짐에 따라 생계급여 인정비율은 단조감소하고 긴급복지지원도 감소하는 경향이 있어 이를 뒷받침 함.
- 긴급복지지원과 재난 의료비 지원사업의 위기 시 대응력이 충분하지 않음.

[그림 3-6-24] 주된 상병 발생 시 공적안전망 이용 경험



- 임금근로자 사업체규모별로 보면 실업급여 인정 비율은 5인 미만 사업장이 가장 낮아 제도적 사각지대의 영향을 받고, 300인 이상에서 낮은 비율은 자발적 퇴사나 이직으로 실업급여를 수급하기 어려운 영향이 있을 것으로 추측됨. 여기서도 소득수준이 높을 가능성이 사업체규모와 함께 커지기 때문에 생계급여와 긴급복지지원을 이용하는 비율은 사업체규모가 낮을수록 높아짐.

## 제5절 상병수당에 대한 인식 및 부담의사

### ○ 조사표 D. 상병수당에 대한 인식

〈표 3-6-77〉 상병수당에 대한 인식 및 부담의사 조사 항목

구분	문항
상병 발생 시 우려 사항 및 지원제도 필요도	상병 발생 시 각 사항 우려 정도 소득감소, 실직/폐업, 치료비 부담, 간병, 가사
	상병 발생 시 각 지원제도 필요 정도 소득보전, 질병휴가, 대체인력, 치료비 지원, 고용유지지원
상병수당에 대한 인식	상병수당 인지 여부
	상병수당이 필요하다고 생각되는 정도
	상병수당이 필요하다고 생각하는 이유 상병수당이 필요하지 않다 생각하는 이유
상병수당 부담의사	상병 수당 비용 부담 주체 순서
	현재 민간의료보험 가입 현황과 향후 가입 의사
	납부하는 민간의료보험 월 보험료
	상병수당 도입 시 민간보험 유지/감소/향후 미가입할 의향
	상병수당 비용 지불의사
	상병수당 지불의사액

### 가. 상병수당에 대한 인식

#### □ 상병 발생 시 우려 사항 및 지원제도 필요도

- 상병수당 설계 시 상병 발생으로 우려되는 점, 필요한 지원에 대해 고려하기 위한.

#### ○ 상병 발생 시 각 사항 우려 정도

- 우려 정도를 1~7로 표현했을 때 평균값으로 알아본 각 사항 우려 정도에 따르면 **1) 치료 비용, 2) 치료기간 소득 감소, 3) 간병, 4) 실직 또는 폐업, 5) 가사** 순으로 나타났다.
- 〈걱정된다(4+5+6)〉의 비율과 〈걱정되지 않는다(1+2+3)〉의 비율에서도 이 순서는 유지되었음.

〈표 3-6-78〉 상병 발생 시 각 사항 우려 정도

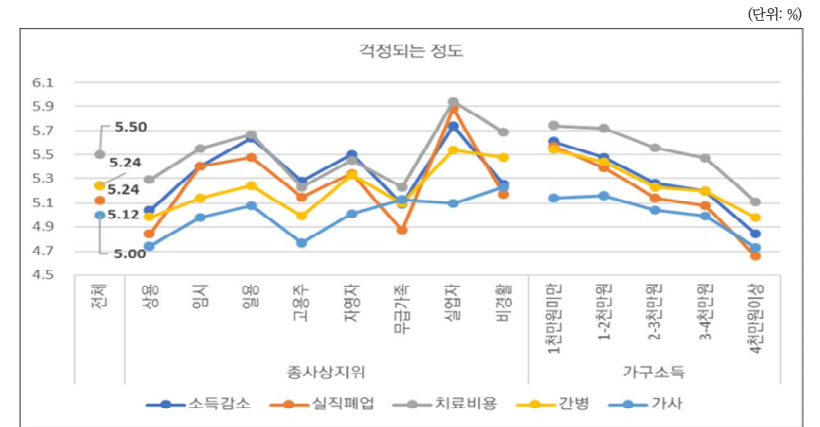
(단위: %)

항목	치료기간 노동중단으로 인한 소득감소	실직 또는 폐업	치료비용	간병	가사
전체	100	100	100	100	100
1	5.5	7.5	3.4	4.5	4.7
2	3.2	3.9	2.1	3.3	4.1
3	4.0	5.2	3.0	4.8	5.5

항목	치료기간 노동중단으로 인한 소득감소	실직 또는 폐업	치료비용	간병	가사
4	19.6	18.5	16.7	20.2	26.0
5	16.6	15.1	16.8	17.4	17.5
6	19.3	17.7	22.9	18.1	16.4
7	31.7	32.2	35.1	31.8	25.8
걱정되지 않는다 (1+2+3)	12.7	16.6	8.5	12.6	14.3
보통	19.6	18.5	16.7	20.2	26.0
걱정된다 (5+6+7)	67.7	65.0	74.8	67.3	59.8
평균	5.24	5.12	5.50	5.24	5.00
표준편차	1.71	1.84	1.55	1.67	1.67

- 종사상지위별로 우려 정도의 평균값을 항목별로 비교해보면, 간병을 제외한 모든 항목에서 일용직의 우려 정도가 가장 높았고, 임시직과 자영자가 그 다음으로 비슷한 수준을 보였음.
- 소득감소에 대한 우려도는 상용, 임시, 일용직이 되면서 가파르게 높아졌고, 비임금근로자는 자영자의 우려도가 가장 높고 고용주, 무급가족종사자 순으로 나타났음.
- 실직이나 폐업 걱정은 상용직은 매우 낮은 수준인 반면, 임시·일용직 모두 매우 높고, 걱정된다고 응답한 비율은 임시직이 일용직보다 오히려 높게 나타나 임시·일용직 모두 상병으로 인한 일자리 상실에 대한 걱정이 큰 것으로 나타났음. 이 항목 역시 비임금근로자는 자영자, 고용주, 무급가족종사자 순으로 나타났음.
- 전체 항목에서 가장 높은 우려도(5.5)를 보여준 치료비용 걱정은 다른 항목에 비해 종사상지위별 차이가 상대적으로 작았음. 상병에 따른 치료비용 걱정은 공통적임.
- 치료비용 다음으로 간병에 대한 우려도가 소득감소와 거의 같은 수준으로 높았음. 치료비용과 같이 종사상지위에 따른 차이가 크지 않은 항목임.
- 가사는 가장 낮은 우려도를 보였으나, 다른 항목에 비해 무급가족종사자나 비경활인구와 같이 현재 가사를 담당하고 있는 경우 이에 대한 걱정이 컸음.
- 균등화 가구소득에 따라서는 소득수준이 낮아질수록 모든 항목에 대한 우려도가 증가세를 보여 상병발생 시 저소득 가구의 대응력이 떨어짐을 보여줌.
- 특히 소득수준에 따라 큰 차이를 보이는 항목은 소득감소와 실직 및 폐업에 대한 우려였음.

[그림 3-6-25] 상병 발생했을 때 종사상지위별 각 사항 우려 정도



## ○ 상병 발생 시 각 지원제도 필요 정도

- 1) 질병휴가, 2) 치료비 지원 확대, 3) 고용유지지원, 4) 소득보전, 5) 대체인력 지원 순으로 나타났음.

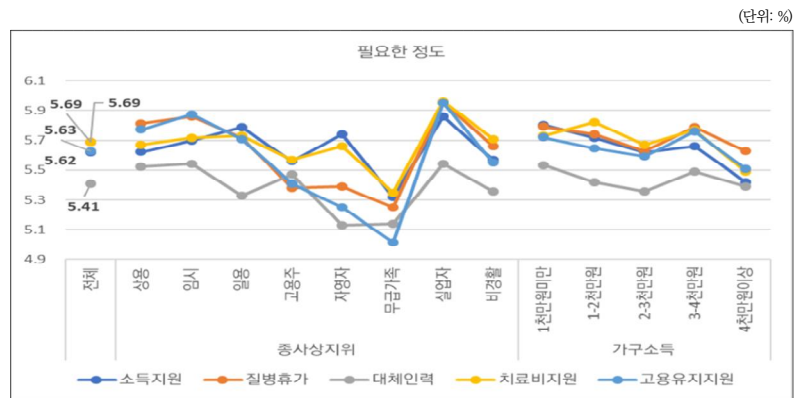
(표 3-6-79) 상병 발생 시 각 지원제도 필요 정도

(단위: %)

항목	치료기간 중 상실된 소득지원	질병휴가	대체인력	치료비 지원 확대	고용유지지원
전체	100	100	100	100	100
1	2.5	2.9	3.3	1.8	3.2
2	1.4	0.8	1.7	0.9	1.5
3	2.5	2.6	3.0	2.2	1.7
4	16.0	15.1	19.9	15.6	17.1
5	18.3	16.1	19.2	18.1	15.7
6	20.8	21.6	20.5	23.9	21.6
7	38.4	41.0	32.4	37.5	39.2
필요없음 (1+2+3)	6.4	6.2	8.0	4.9	6.3
보통	16.0	15.1	19.9	15.6	17.1
필요함 (5+6+7)	77.5	78.7	72.1	79.5	76.6
평균	5.62	5.69	5.41	5.69	5.63
표준편차	1.47	1.47	1.53	1.37	1.51

- 상병 발생 시 각 지원제도의 필요도는 종사상지위별로 큰 차이를 보였는데 상용직과 임시직은 일자리 유지를 위한 질병휴가와 고용유지지원정책을 가장 필요로 했으며, 일용직은 실직 위험이 높는데 비해 소득지원과 치료비 지원 확대와 같은 현금지원에 대한 수요가 컸음. 비임금근로자 역시 소득지원과 치료비 지원 확대에 대한 필요도가 높았음.
- 치료비 지원 확대와 질병휴가에 대한 필요도(5.69)가 가장 컸는데 질병휴가는 임금근로자, 특히 상용직과 임시직에게 요구가 큰 반면, 비임금근로자 필요도는 매우 낮았음. 치료비 지원 확대에 대한 요구는 종사상지위에 따른 큰 차이를 보이지 않았음.
- 다음으로 높은 필요도를 보여준 항목은 고용유지지원으로 질병휴가와 마찬가지로 임금근로자에게 수요가 높은 반면 비임금근로자에게 급격하게 감소하였음. 이를 고려하면 임금근로자에게 가장 요구가 큰 항목은 고용유지지원과 질병휴가임.
- 평균적으로 고용유지지원과 비슷한 필요 정도를 보여준 소득지원은 일용직의 필요도가 가장 높았음.
- 대체인력 지원이 가장 낮은 필요도를 보였는데 임금근로자와 고용주는 높은 필요도를 보인 반면 자영자와 무급가족종사자는 필요도 낮았음.
- 균등화 가구소득에 따라서는 3천만원 미만 구간에서는 소득수준이 낮아질수록 모든 항목에 대한 필요도가 증가하였음. 저소득층에서 치료비지원 확대와 소득지원, 질병휴가에 대한 수요가 거의 동일함. 3천만원 이상의 소득층에서 필요가 더 높은 항목은 고용유지지원과 질병휴가, 대체인력 지원으로 상대적으로 안정적인 상용직 임금근로자 비율이 높기 때문인 것으로 예상됨.

[그림 3-6-26] 각 지원제도 필요 정도



## □ 상병수당에 대한 인식

## ○ 상병수당 인지 여부

- 전체 67.3%가 들어본 적 없다고 응답하였으며 연령이 높을수록 상병수당에 대해 들어본 적 없다고 응답한 비율이 감소했고, 취업자 67.7%, 비취업자 66.6%가 들어본 적 없다고 응답하였음. 취업자가 비취업자에 비해 연령이 낮은 효과가 반영된 결과임.

〈표 3-6-80〉 상병수당 인지 여부

(단위: %)

항목		1) 들어본 적 없다	2) 들어봤지만 내용은 잘 모른다	3) 들어봤고 내용도 알고 있다
전체		67.3	30.3	2.5
성별	남성	66.3	31.1	2.6
	여성	68.2	29.4	2.4
연령대	30세 미만	73.6	23.4	3.0
	30대	73.8	23.7	2.5
	40대	70.7	26.3	3.0
	50대	66.5	31.7	1.9
	60대 이상	57.8	39.9	2.3
취업상태	취업자	67.7	30.0	2.4
	비취업자	66.6	30.7	2.7

## ○ 상병수당 필요도

- 상병수당이 필요하다고 생각되는 정도를 살펴보면 필요하다는 응답이 85.2%로 대다수를 차지함. 40대 이하가 84~85%, 50대 이상이 85.1~87.6%로 연령이 높을수록 필요도는 높지만 큰 차이를 보이지 않았음. 취업상태별로 구분해보면 취업자 중에 필요하다고 응답한 비율은 83.9%, 비취업자는 87.2%로 비취업자 필요도가 더 높는데 이 역시 비취업자 연령이 높기 때문에 더 필요하다고 생각하는 연령효과가 반영되었기 때문임. 하지만 현재의 취업상태에 따라, 즉 현재 제도의 활용가능 여부에 따라 필요도에 대한 응답이 크게 달라지지 않는다는 점은 주목할 만함.

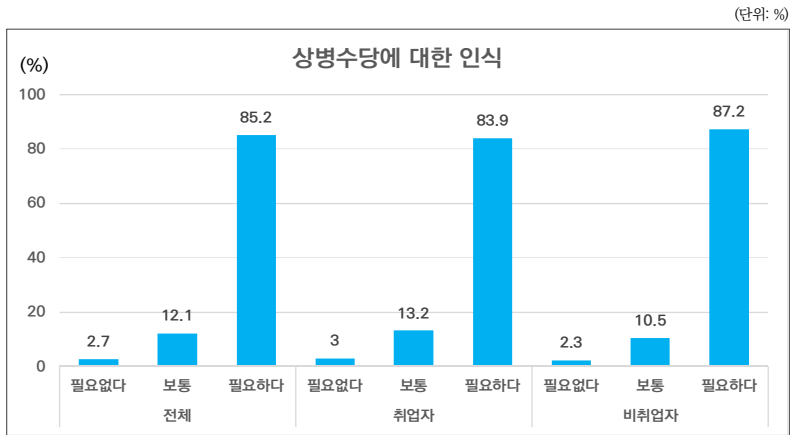
〈표 3-6-81〉 상병수당 필요하다고 생각되는 정도

(단위: %)

항목	전체	성별		연령대					취업상태	
		여성	남성	30세 미만	30대	40대	50대	60대 이상	취업자	비취업자
1	0.7	1.0	0.5	0.7	1.2	1.0	0.6	0.3	0.8	0.5
2	0.6	0.7	0.6	0.2	0.4	0.8	0.4	1.0	0.7	0.5
3	1.4	1.7	1.1	1.1	1.5	1.0	1.2	1.9	1.4	1.3
4	12.1	14.7	9.7	13.9	12.1	13.2	10.2	11.7	13.2	10.5
5	15.9	16.6	15.2	21.9	14.4	14.2	13.5	16.2	15.1	17.0

항목	전체	성별		연령대						취업상태	
		여성	남성	30세 미만	30대	40대	50대	60대 이상		취업자	비취업자
6	25.2	24.6	25.7	28.7	22.7	22.4	23.0	28.2		23.7	27.3
7	44.2	40.9	47.2	33.3	47.7	47.5	51.1	40.8		45.0	42.8
필요없음	2.7	3.3	2.2	2.1	3.1	2.8	2.2	3.2		3.0	2.3
보통	12.1	14.7	9.7	13.9	12.1	13.2	10.2	11.7		13.2	10.5
필요함	85.2	82.1	88.1	84.0	84.8	84.0	87.6	85.1		83.9	87.2
평균	5.94	5.83	6.05	5.76	5.97	5.96	6.09	5.90		5.92	5.96
표준편차	1.22	1.275	1.150	1.17	1.27	1.27	1.17	1.20		1.25	1.16

[그림 3-6-27] 상병수당에 대한 인식



## ○ 상병수당이 필요하다고 생각하는 이유

- 상병수당이 필요하다고 생각하는 이유를 보면 1, 2순위 합산 비율을 기준으로 '소득 상실 우려없이 적시에 질병을 치료받고 빨리 회복할 수 있어서'가 67.8%로 가장 높고, '질병으로 인한 가계 소득 감소 시 가족의 생계위험을 예방할 수 있어서'가 65.5%로 다음 순위를 차지함. 즉, 치료를 통해 건강회복, 생계를 위한 소득지원이라는 목적이 상병수당이 필요하다고 생각하는 주된 이유임.

〈표 3-6-82〉 상병수당 필요하다고 생각하는 이유

(단위: 건, %)

항목	1순위		2순위		1+2순위	
	사례수	%	사례수	%	사례수	%
전체	9,220	100	9,220	100	9,220	100
1) 소득 상실 우려없이 적시에 질병을 치료받고 빨리 회복할 수 있어서	4,175	44.1	2,078	24.2	6,253	67.8
2) 질병으로 인한 가계 소득감소 시 가족의 생계위험을 예방할 수 있어서	2,665	31.4	3,374	35.8	6,039	65.5
3) 근로자의 건강권 보장을 위해	1,192	12.2	1,348	13.6	2,540	27.5
4) 아파서 참고 일하는 것보다 빨리 치료 받는 것이 노동 생산성 향상에 도움이 되어서	823	8.2	1,698	17.8	2,521	27.3
5) 감염병 확산 방지를 위해서는 아프면 집에서 쉬 수 있어야 하므로	303	3.4	652	7.9	955	10.4
6) 해외 국가들은 모두 다 도입하였는데 우리나라만 없어서	51	0.5	68	0.6	119	1.3
7) 기타	11	0.1	2	0.0	13	0.1

## ○ 상병수당이 필요하지 않다 생각하는 이유

- 상병수당이 필요하지 않다고 생각하는 이유는 '업무와 관계없는 질병에 대한 책임은 개인이 지는 것이기 때문에'(57.9%), '허위 질병 등 제도의 남용이 우려되어서'(57.5%)가 가장 큰 이유임. '재원 조달 방법 및 비용 부담에 대한 우려 때문에'와 '상병수당 제도가 있어도 일을 할 수 없기 때문에 사용하지 못할 것 같아서'와 같은 제도 상의 문제가 그 뒤를 이음.

〈표 3-6-83〉 상병수당 필요하지 않다 생각하는 이유

(단위: 건, %)

항목	1순위		2순위		1+2순위	
	사례수	%	사례수	%	사례수	%
전체	266	100	266	100	266	100
1) 업무와 관계없는 질병에 대한 책임은 개인이 지는 것이기 때문에	102	39.4	52	14.0	154	57.9
2) 재원 조달 방법 및 비용 부담에 대한 우려 때문에	58	26.5	67	25.3	125	47.0
3) 상병수당 제도가 있어도 일을 할 수 없기 때문에 사용하지 못할 것 같아서	42	11.1	47	18.5	89	33.5
4) 허위 질병 등 제도의 남용이 우려되어서	57	18.0	96	40.7	153	57.5
5) 기타	7	5.1	4	1.5	11	4.1

## 나. 상병수당 부담의사

□ 국민의 상병수당 비용 부담의사와 수용도 파악

○ 상병 수당 비용 부담 주체 순서: 국가, 기업, 근로자 개인

- 상병수당 비용 부담 주체 1순위가 정부라고 응답한 비율이 52.9%로 과반을 차지하고, 기업(사업주)가 29.4%, 근로자 개인이 17.4%로 다음 순서를 차지함.

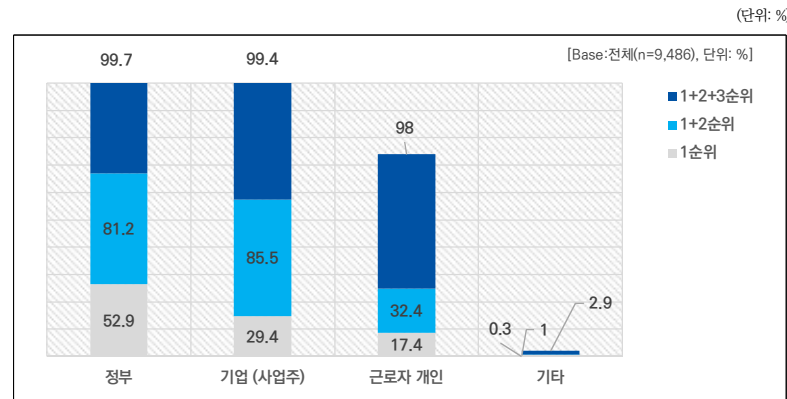
- 1, 2순위를 합산한 비율에 따르면 기업(사업주)가 85.5%로 가장 높고, 정부가 81.2%로 약간 낮음.

[표 3-6-84] 상병수당 비용 부담 주체 순서

(단위: %)

구분	1순위	2순위	3순위	4순위	1+2순위	1+2+3순위
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
근로자 개인	17.4	13.6	67.1	13.6	32.4	98.0
기업(사업주)	29.4	56.9	13.2	56.9	85.5	99.4
정부	52.9	29.0	17.9	29.0	81.2	99.7
기타	0.3	0.5	1.8	0.5	1.0	2.9

[그림 3-6-28] 상병수당 비용 부담 순위



□ 민간 의료보험 대체가능성

○ 현재 민간의료보험 가입 현황과 향후 가입 의사

- 간병비 의료보험(19.4%)을 제외하고 응답자 60%이상이 다른 민간의료보험에 가입
- 상용직 등 안정적인 일자리, 가구소득 높을수록 의료보험 가입률 높았음.

[표 3-6-85] 현재 민간의료보험 가입 현황과 향후 가입 의사

(단위: %)

항목	특정 질병 진단시 정액의 일시금 지급	입원시 정액의 일당 지급(입원일당 보험)	의료비 본인부담 실비 지급(실손보험)	간병비 지급
전체	100	100	100	100
가입 하지 않음	35.1	40.4	32.2	80.6
가입 의향 있음	39.8	40.6	45.9	38.2
가입 의향 없음	26.9	28.7	28.3	25.2
모르겠다	33.3	30.6	25.8	36.6
가입함	64.9	59.6	67.8	19.4
가입 보험 수	1개	77.6	82.5	95.0
	2개	18.3	15.1	4.1
	3개 이상	4.1	2.4	.8

[표 3-6-86] 현재 민간의료보험 가입률과 가입할 의향이 있는 사람들의 비율

(단위: %)

구분	특정 질병 진단시 정액의 일시금 지급		입원시 정액의 일당 지급(입원일당 보험)		의료비 본인부담 실비 지급(실손보험)		간병비 지급	
	가입률	의향이 있는 비율	가입률	의향이 있는 비율	가입률	의향이 있는 비율	가입률	의향이 있는 비율
전체	64.9	14.0	59.6	16.4	67.8	14.8	19.4	30.8
종 사 상 지 위	상용	74.7	10.6	69.2	12.8	82.0	9.3	27.1
	임시	59.8	16.7	54.2	18.4	67.2	16.8	31.5
	일용	54.0	19.9	46.7	25.7	58.1	25.8	35.8
	고용주	77.4	10.4	73.3	12.0	78.9	11.8	29.8
	자영자	66.7	13.5	60.8	16.0	68.7	15.0	30.3
	무급가족	70.3	9.0	66.3	13.0	69.3	10.3	27.0
	실업	54.9	17.4	49.9	20.3	63.5	18.2	28.8
	비경활	57.1	16.4	52.2	18.8	55.0	18.5	34.0
균 등 화 가 구 소 득 수 준	1000만원 미만	48.0	15.3	42.2	24.1	48.7	21.8	32.1
	1000-2000만원 미만	57.8	16.3	50.9	19.1	61.6	18.2	32.7
	2000-3000만원 미만	62.1	15.8	59.5	17.4	66.1	16.6	30.8
	3000-4000만원 미만	71.9	12.8	63.6	15.7	74.2	11.5	29.9
	4000만원 이상	75.7	8.9	70.9	10.3	76.8	9.0	28.9

주: 가입률과 가입 의향 비율 모두 전체 응답자 대비 비율임.

## - 가입한 경우 납부하는 민간의료보험 월 보험료

〈표 3-6-87〉 가입한 경우 납부하는 민간의료보험 월 보험료 분포

(단위: %)

항목	특정 질병 진단시 정액의 일시금 지급	입원시 정액의 일당 지급(입원일당 보험)	의료비 본인부담 실비 지급(실손보험)	간병비 지급
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
월 1만원 미만	3.0	4.5	3.5	6.1
월 1~2 만원대	11.5	18.1	18.5	15.9
월 3~4 만원대	23.2	25.3	25.2	22.1
월 5~6 만원대	18.7	16.4	18.9	16.3
월 7~9 만원대	10.9	8.1	11.0	8.0
월 10만원 이상	18.2	10.7	11.7	9.0
모르겠음	14.5	16.8	11.2	22.6

## ○ 상병수당 도입 시 민간보험 줄일 또는 미가입할 의향

- 각 민간의료보험 가입자 중에 상병수당 도입 시 민간의료보험을 줄일 생각이 있는 사람들의 비율이 34.6~38.4%였고 실손보험이 가장 낮아 용도 차이를 보였음.
- 민간보험 가입 의향이 있는 사람들 가운데 상병수당 도입 시 민간의료보험에 가입하지 않을 것이라고 응답한 비율은 26.9~29.7%로 큰 차이를 보이지 않았음.

〈표 3-6-88〉 상병수당 도입 시 민간보험 줄일 또는 미가입할 의향

(단위: %)

항목	특정 질병 진단시 정액의 일시금 지급	입원시 정액의 일당 지급(입원일당 보험)	의료비 본인부담 실비 지급(실손보험)	간병비 지급
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>민간 의료보험을 줄일 의향이 있다</b>	<b>37.6</b>	<b>37.9</b>	<b>34.6</b>	<b>38.4</b>
민간 의료보험을 줄일 의향은 없다	41.4	43.3	45.7	40.6
모르겠다	20.9	18.9	19.8	21.0

(단위: %)

항목	특정 질병 진단시 정액의 일시금 지급	입원시 정액의 일당 지급(입원일당 보험)	의료비 본인부담 실비 지급(실손보험)	간병비 지급
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>민간 의료보험에 가입하지 않을 것이다</b>	<b>27.5</b>	<b>29.0</b>	<b>26.9</b>	<b>29.7</b>
민간 의료보험에 가입할 것이다	46.8	49.0	51.7	50.2
모르겠다	25.7	22.0	21.4	20.1

〈표 3-6-89〉 상병수당 도입 시 민간보험 줄이거나 또는 가입할 의향이 변화하는 비율

(단위: %)

구분		특정 질병 진단시 정액의 일시금 지급		입원시 정액의 일당 지급(입원일당 보험)		의료비 본인부담 실비 지급(실손보험)		간병비 지급	
		줄일 의향 있다	가입하지 않을 것이다	줄일 의향 있다	가입하지 않을 것이다	줄일 의향 있다	가입하지 않을 것이다	줄일 의향 있다	가입하지 않을 것이다
전체		37.6	27.5	37.9	28.2	34.6	26.9	38.4	29.7
총 사 상 지 위	상용	35.6	27.2	36.0	27.1	31.8	28.1	36.4	30.6
	임시	34.9	27.7	38.5	31.4	36.1	24.5	33.0	30.5
	일용	36.2	23.5	39.1	26.9	38.8	25.1	26.6	26.0
	고용주	38.3	37.8	37.3	45.0	36.4	42.7	39.3	31.9
	자영자	41.6	28.9	41.5	29.0	38.5	29.0	42.2	28.1
	무급가족	35.5	61.2	36.2	47.1	34.5	40.1	42.2	40.9
	살업	39.1	21.9	34.9	23.6	33.1	20.7	33.6	30.0
	비정할	39.7	26.6	39.2	26.8	36.1	25.8	43.7	28.7
균 등 화 가 구 소 득 수 준	1000만원 미만	40.7	30.7	33.4	21.4	32.9	27.9	49.8	25.0
	1000~2000만원 미만	39.6	28.1	38.1	26.3	35.5	22.8	35.9	31.3
	2000~3000만원 미만	40.3	27.2	40.0	27.6	35.9	26.0	41.2	28.7
	3000~4000만원 미만	36.0	24.5	36.5	30.8	34.1	26.9	39.9	26.8
	4000만원 이상	33.1	30.0	36.5	34.9	32.4	38.9	33.4	33.3

- 〈그림 〉에서 종사상지위별, 가구소득수준별 민간의료보험 가입률과 가입할 의향이 있는 사람의 비율과 가입자 중에 상병수당 도입 시 민간의료보험을 줄일, 가입의향이 있는 사람 중에 가입할 의향이 변화하는 사람의 비율을 보면,

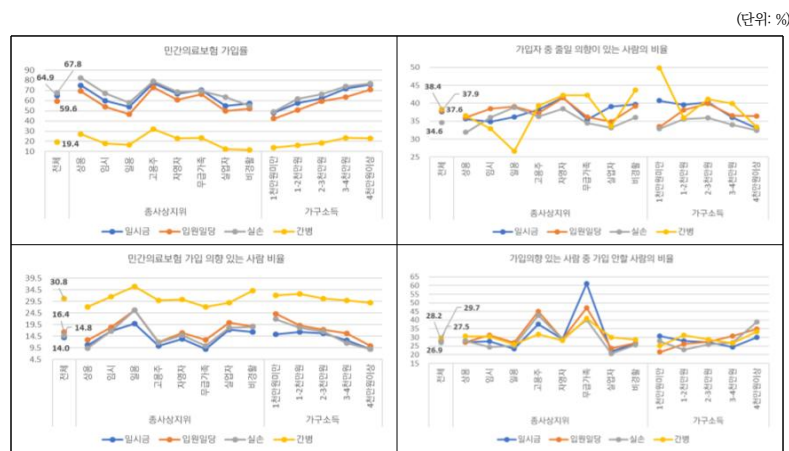
- 민간의료보험 가입률은 임금근로자는 상용, 임시, 일용직 순, 비임금근로자는 고용주, 자영자, 무급가족종사자 순으로 동일함. 특히 임시, 일용직 민간보험 가입률이 낮아 상병발생 시 사적안전망이 상대적으로 취약함을 보였음. 저소득 가구 역시 민간보험 가입률 낮았음.

- 이들 가운데 상병수당 도입 시 민간의료보험을 줄일 의향은 임금근로자 가운데 일용, 임시, 상용직 순(간병만 상용, 임시, 일용직 순임), 비임금근로자는 자영자, 무급가족종사자, 고용주 순으로 민간보험을 공적인 제도로 대체하려는 의사가 컸음. 가구소득 수준별로는 균등화 가구소득 2~3천만원 구간에서 민간보험 줄일 의향이 대부분의 항목에서 가장 컸으나, 일시금의 경우 소득이 낮을수록 줄일 의향이 커져 상병수당이 도입되면 일시금 민감보험료 부담을 가장 줄이고 싶어하는 것으로 이해됨.

- 가입 의향이 있는 사람들의 비율은 가입률과 반대 추이를 보여 가입률이 낮은 집단일수록 가입 의향 높았음. 사적안전망으로 상병발생 시 치료비용 보전이나 현금지원을 받고자 하는 필요를 읽을 수 있음. 일용직과 저소득 구간에서 치료비용 실비 보전 용도인 입원일당보험과 실손보험 가입 의향 높아 치료비용에 대한 우려가 반영된 것으로 보임.

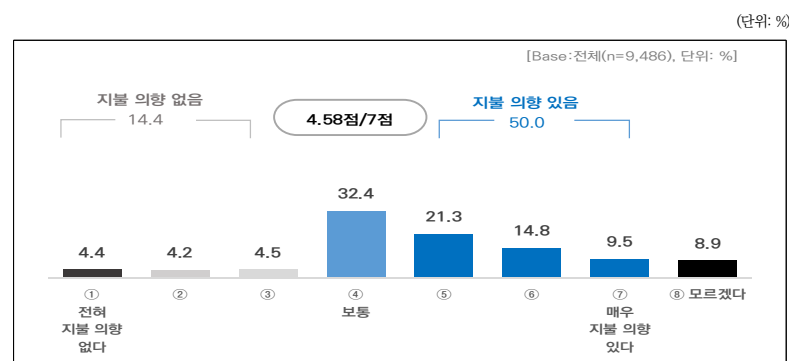
- 또한 저소득 구간에서 상병수당 도입되어도 여전히 입원일당보험과 실손보험 가입 의향 있는 사람들이 많았지만 일시금 지급 보험은 가입 의향은 상대적으로 큰 폭 변화하여 상병수당이 주로 일시금 보험의 목적을 대체할 수 있을 것으로 기대함을 알 수 있음.

[그림 3-6-29] 현재 민간의료보험 가입률과 가입할 의향이 있는 사람들의 비율



- 상병수당 비용 부담의사와 지불의사액
- 상병수당 비용 지불의사

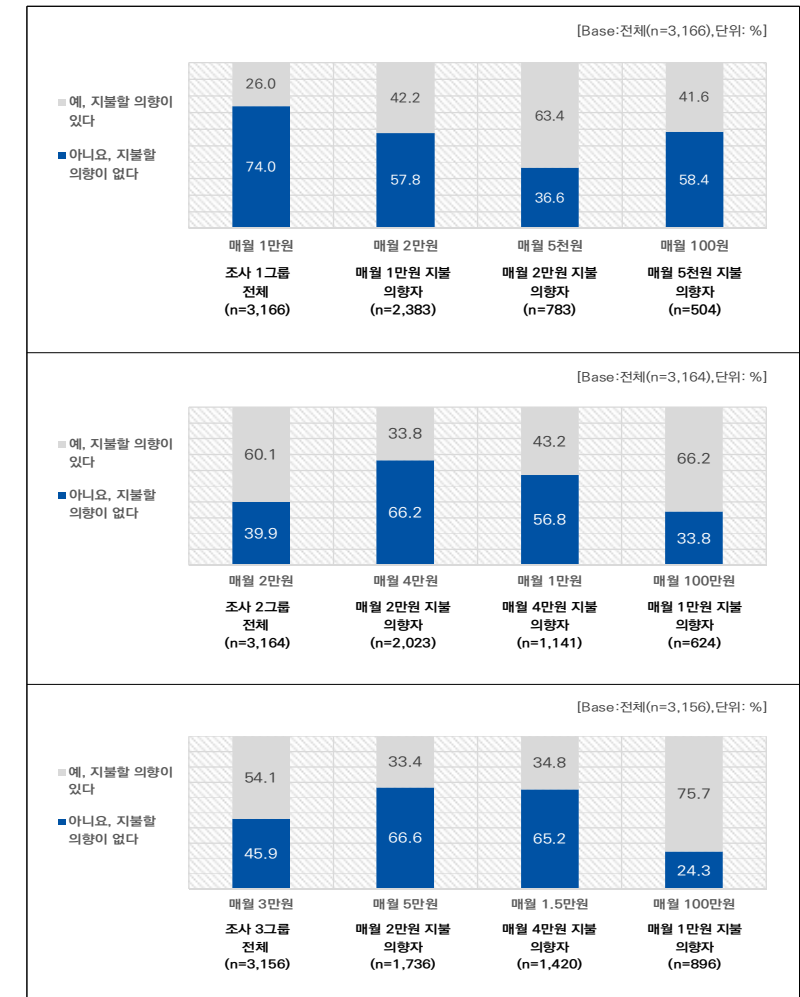
[그림 3-6-30] 상병수당 지불 의향



- 상병수당의 사회적 편익 추정을 위한 근거 마련
- 민간의료보험 대체가능성, 상병수당 지불의사액

[그림 3-6-31] 상병수당 비용 지불의사액

(단위: %)



## 제6절 소결

### 1. 주요 설문문항과 결과

#### 가. 설문조사를 통해 파악할 수 있는 내용

##### □ 파트 B: 지난 1년 상병 발생과 병가 제도 현황

- 설문조사 파트 B를 통해 전체 취업자 중에 상병이 얼마나 발생하는지(상병발생률), 상병경험자는 얼마의 기간 동안 아프고, 이 중에 몇 일을 쉬고, 몇 일을 쉬지 못하는지, 일을 할 때는 어떤 휴가 유형을 사용하는지, 쉬지 못할 때는 무슨 이유 때문이고 어떤 건강문제를 갖고 일하는지 파악할 수 있음.
- 그리고 파트 B에서 응답자들이 인식하는 병가 제도 현황을 파악할 수 있음. 즉, 유급 및 무급휴가 제공 현황과 상병 발생 시 우선적으로 사용하는 휴가 유형, 최대 기간, 임금수준, 질병 휴가 사용이 얼마나 쉽거나 어려운지, 사용이 어렵다면 그 이유는 무엇인지, 질병 휴가 사용으로 우려되는 불이익이 있는지, 휴가 이용 위해 필요한 조치는 무엇인지 질문하였음.

##### □ 파트 C: 지난 10년 주요 상병 경험

- 설문조사 파트 C에서 현재 또는 지난 10년간 취업기간 아픈 경험이 있는 응답자를 대상으로 주된 상병의 원인 질환과 아팠던 기간, 사용 모든 형태의 휴가 유형, 치료 방법, 충분히/적시에 치료받았는지 여부 와 충분히/적시에 치료받지 못한 이유, 상병 경험으로 소득감소나 일자리 상실을 경험했는지, 소득감소 경험했다면 얼마나, 얼마의 기간 동안 경험했고 어떻게 대처했는지, 일자리 상실 경험했다면 이유와 재취업 여부, 재취업 이후 소득 감소 여부, 주된 상병 당시 민간의료보험 및 공적안전망 이용 경험을 질문하였음.

##### □ 파트 D: 상병수당에 대한 인식 및 부담의사

- 설문조사 파트 D에서 상병발생시 무엇이 얼마나 걱정되는지, 어떤 지원제도가 어느 정도 필요한지, 상병수당이 필요하다고 생각되는 정도와 필요 또는 불필요하다고 생각하는 이유를 질문하였음.
- 그리고 상병수당 비용 부담 주체에 대한 인식과 민간의료보험 가입 현황과 가입 의사, 상병수당 도입하면 민간보험 가입이 변화할 여지, 상병수당 비용에 대한 지불의사와 지불의사액도 파악하였음.

### 나. 주요 설문 결과

#### □ 파트 B: 지난 1년 상병 발생과 병가 제도 현황

- 인적 특성에 따라 상병 발생 상황 다르지만, 정책적으로 의미있는 종사상지위, 사업체규모, 가구소득을 주요 변수로 사용하여 그 차이와 특성을 파악하였음.
- 종사상지위별로 임금근로자 일용직과 비임금근로자 자영업자의 상병발생률이 높고 상병경험하는 사람들이 아픈 기간도 상용직과 임시직에 비해 긴 것으로 나타났음.
  - 이는 연령대가 높기 때문이기도 하지만, 일용직의 업무강도와 안전과 같은 산업 및 직업 특성도 반영된 것으로 보임.
  - 아픈 날 중에 몇 일을 쉬지 못했는지 프리젠티즘 비율을 파악한 결과 소규모 사업체와 비정규직이 이 비율이 상대적으로 긴 편이지만 다른 항목에 비해 뚜렷한 차이를 발견할 수 없었음.
  - 임금근로자 프리젠티즘 비율, 아파도 하루도 쉬지 못한 상병자의 비율, 아픈 날 모두 선 상병자의 비율은 유급질병휴가(유급병가) 유무에 따라 큰 차이를 보였음.
  - 1년간 상병경험자 35%중예, 1주일 미만 아픈날이 59.5%, 6개월 이상은 1.4%
- 일을 쉬는 날, 휴가 유형은 종사상지위와 사업체 규모에 따라 뚜렷한 차이를 보였음.
  - 유급 연차, 유급 병가 및 질병휴직 등 유급 휴가 사용 및 제공되는 비율이 상용직, 30인 이상의 규모에서 훨씬 높음. 일용직은 기타 휴가 유형의 비중도 큼.
  - 파트 C의 사용한 휴가 유형에서도 상용직과 규모가 큰 사업체 종사자는 유급 연차 휴가와 유급병가/질병휴직 사용률이 높은 반면, 일용직과 30인 미만 사업장은 이 비율이 낮아 격차를 보였음.
- 일을 쉬지 못한 날, 휴가가 하나라도 제공되는 3/4의 임금근로자 응답자를 기준으로 했을 때 상용직은 업무를 대체(대신)할 사람이 없다는 답변이 과반을 차지한 반면, 임시·일용직으로 지위가 낮아질수록 아프지만 일을 참고 해야할 것 같아서와 소득이 감소해서 라는 답변의 비율이 크게 높아졌음.
  - 직장 내에서 지위가 낮거나, 소득이 낮은 임시직, 특히 일용직의 특성이 반영되었음.
  - 이는 질병 휴가 사용이 쉬운 정도에 대한 답변과 일맥상통함. 상용, 임시, 일용직으로 갈수록 휴가 사용이 쉽지 않다고 응답하였는데, 그 이유가 상용직은 업무를 대체할 사람이 없어서가 가장 많았고, 일용직은 상대적으로 쉬 수 있는 직장 분위기가 아니더라는 응답이 상대적으로 높은 비중을 차지했음.
  - 직장 내에서 아프면 쉬 수 있는 문화와 분위기를 형성하는 것이 제도가 있는 상용직 안정



된 일자리에서 시급한 해결책이라면, 일용직은 쓸 수 있는 직장 분위기(보편적인 질병 휴가 제도, 법·제도적 안착화), 소득지원 문제가 선결과제임.

- 휴가 사용 어려운 이유로 대체할 사람이 없어서라는 응답 비율이 사업체 규모가 작을수록 높았음. 제도가 있어도 실질적으로 운용할 수 있는 대체인력 지원이나 사업주 지원이 요구됨.

- 아파도 쉬지 못했을 때, 주된 건강문제는 어깨 결림·요통, 두통, 위장장애, 관절염/관절통, 우울·불안감 등이 주된 원인임. 어깨 결림·요통, 관절염/관절통은 주로 연령이 높고 업무강도 높은 일용직에서 비율이 높고, 이는 또한 아픈 기간이 상대적으로 긴 건강문제임.

#### □ 파트 C: 지난 10년 주요 상병 경험

- 지난 10년간 취업기간 중 아팠던 경험이 있는 응답자는 전체의 51.9%
- 주된 상병의 원인 질환은 근골격계가 20.7%로 가장 높고, 호흡기계 14.3%, 소화기계 13.2%, 상해·외인이 10.3% 순으로, 연령이 높은 취업자, 일용직 근로자는 상병기간이 긴 근골격계 질환 비율이 높고, 연령이 낮은 취업자, 상용직 근로자는 상병기간이 짧은 호흡·소화기계의 비율이 높았음.
- 충분히/적시에 치료받았는지에 대해 종사상지위 낮을수록, 고용형태 불안정할수록, 사업체가 작을수록 충분히/적시에 치료받지 못하는 비율이 높았음.
  - 그 이유는 상용직은 회사 내 분위기가 주된 걸림돌인 반면, 임시직과 일용직은 소득감소 및 치료비용 문제가 컸음. 비임금근로자의 경우 '치료기간 중 소득감소 부담 때문에'가 고용주 36.5%, 자영자 39.6%로 가장 큰 이유였음.
- 상용<임시<일용직, 사업체규모 작을수록, 상병 발생으로 인한 소득 감소 경험 비율이 높고, 소득 감소하는 정도도 크고, 일자리 상실의 위험도 크고, 자발적 퇴사보다 해고 당하는 비율이 상대적으로 높았음.
- 민간의료보험 이용 경험 비율이 공적안전망 이용한 비율보다 훨씬 높았음.
  - 위기 시 작동해야 하는 긴급복지지원과 재난적 의료비사업의 경우도 인정받은 비율이 매우 낮아 대응력을 높여야 할 것으로 보임.

#### □ 파트 D: 상병수당에 대한 인식 및 부담의사

- 상병발생 시 무엇이 얼마나 걱정되는지 질문한 결과, 1) 치료비용, 2) 치료기간 소득 감소, 3) 간병, 4) 실직 또는 폐업, 5) 가사 순이었음.
  - 종사상지위별로 비교해보면, 간병을 제외한 모든 항목에서 일용직의 우려 정도가 가장

높았고, 임시직과 자영자가 그 다음으로 높은 수준을 보였음. 치료비용, 간병에 대한 우려도는 종사상지위별 격차가 크지 않은 편이지만 소득감소와 실직 및 폐업에 대한 우려는 종사상지위별로 큰 격차를 보였음.

- 균등화 가구소득에 따라서는 소득수준이 낮아질수록 모든 항목에 대한 우려도가 증가세를 보여 상병발생 시 저소득 가구의 대응력이 떨어짐을 보여줌.

- 상병 발생 시 각 지원제도 필요 정도는 1) 질병휴가, 2) 치료비 지원 확대, 3) 고용유지지원, 4) 소득보전, 5) 대체인력 지원 순으로 나타났음.

- 상병 발생 시 각 지원제도의 필요도는 종사상지위별로 큰 차이를 보였는데 상용직과 임시직은 일자리 유지를 위한 질병휴가와 고용유지지원정책을 가장 필요로 했으며, 일용직은 실직 위험이 높는데 비해 소득지원과 치료비 지원 확대와 같은 현금지원에 대한 수요가 컸음. 비임금근로자 역시 소득지원과 치료비 지원 확대에 대한 필요도가 높았음.

- 상병수당 필요도는 취업여부, 연령 등에 따라 조금씩 다르지만 큰 차이없이 필요하다고 응답하였음.

- 민간의료보험 가입률로 사적안전망 정도를 보면 일자리가 안정적일수록, 가구소득이 높을수록 민간보험 가입률도 높아서 상병 발생에 대해 사적으로 대응도 높지만 일용직과 저소득 가구 대응력 낮음.

- 지위 낮을수록, 소득 낮을수록 가입률 낮고 상대적으로 가입할 의향은 높았음.
- 상병수당 도입으로 민간보험 가입 행위에 대한 변화 질문에, 입원일당 및 실손보험 가입 및 가입 의향의 변화 적은 반면, 일시금 보험에 대한 대응에서 소득수준에 따른 탄력성을 보였음.

## 2. 정책적 시사점

### 가. 질병휴가 제공 유무에 따른 차이

- 업무 외 질병·사고 발생으로 인한 소득상실의 위험 방지, 건강보장 위해 어떤 정책적 대응을 필요로 하는가?

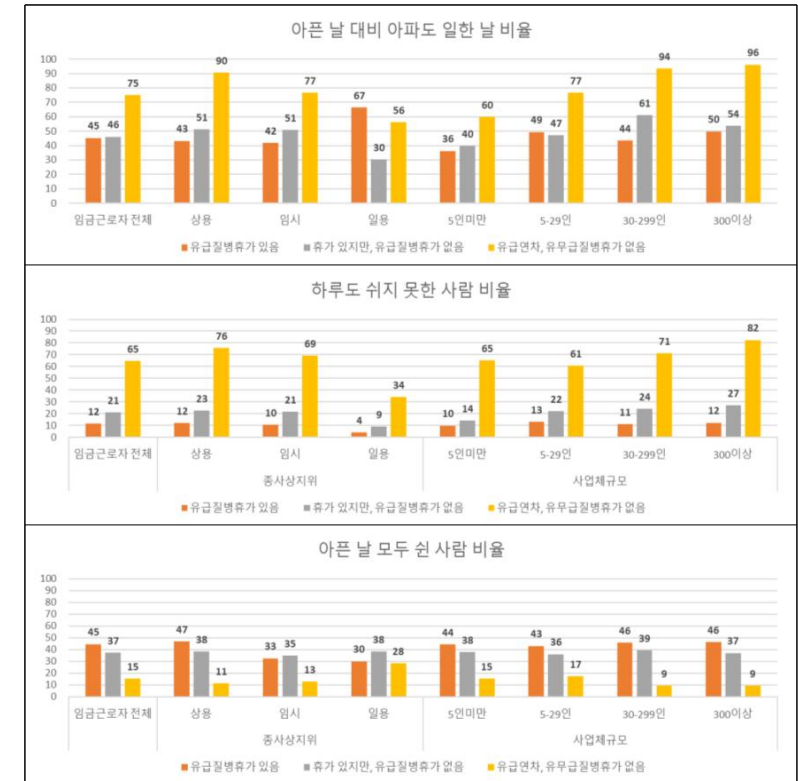
- 유급질병휴가(병가, 질병휴직) 제공되는 임금근로자와 연차휴가나 무급질병휴가가 제공되지만 유급질병휴가가 제공되지 않는 집단, 제시된 어떤 휴가 유형도 제공되지 않는 3개의 집단으로 구분해 1) 업무 외 상병 발생 시 쉬는 방식(프리젠티즘 등), 2) 아파도 출근하는 이유, 3) 상병발생 시 걱정되는 사항별 우려 정도와 필요한 지원 각 항목별 필요 정도를 비교하였음.

○ 1) 유급질병휴가 있는 경우 하루도 쉬지 못한 사람 비율은 매우 낮고, 아픈 날 모두 쉬는 사람의 비율은 가장 높았음. 유급질병휴가 아닌 유형의 휴가가 있는 경우 프리젠티즘 비율은 유급병가 있는 경우와 유사하지만 하루도 쉬지 못한 사람 비율은 9%포인트 높고, 아픈 날 모두 쉬는 사람 비율은 8%포인트 낮아 상대적으로 충분한 치료를 받지 못하는 것으로 나타났다, 제공되는 휴가 없는 경우 다른 두 집단에 비해 업무 상병 발생 시 적절한 치료를 받지 못하고 일하는 비율이 매우 높았음.

- 유급질병휴가 있는 집단 프리젠티즘 비율 45%, 기타 휴가 있는 노동자 46%인데 비해 휴가 없는 집단 75%로 아파도 출근하는 비율 매우 높음. 하루도 쉬지 못한 사람 비율도 각각 12%, 21%, 65%였고, 아픈 날 모두 쉬는 사람 비율은 세 집단 평균이 45%, 37%, 15%였음.
- 모든 종사상지위와 사업체규모에서 유사한 패턴이 나타났다. 일용직과 5~29인 사업체를 제외하고 유급질병휴가 있는 집단의 프리젠티즘 비율도 유급질병휴가 없는 집단보다 훨씬 낮았음.
- 종사상지위별 평균을 보면 프리젠티즘, 하루도 쉬지 못한 사람의 비율, 모두 쉬는 사람 비율에 따른 충분한 치료 수준이 상용>일용>임시직 순으로 나타났으며, 상용직과 임시직 내에서 휴가 유무에 따른 차이가 컸음.
- 사업체규모가 클수록 충분한 치료 수준 평균이 높지만, 사업체 규모 클수록 사업체 규모가 작은 집단보다 집단 내에서 유급질병휴가 유무, 기타 휴가 유무에 따른 모든 비율의 격차가 매우 컸음. 사업체 규모와 종사상지위가 아플 때 대응을 결정하는 중요 요인임.

[그림 3-6-32] 지난 1년 임금근로 상병 경험자 휴가제공 여부에 따른 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날

(단위: %)



[표 3-6-90] 지난 1년 임금근로 상병 경험자 휴가제공 여부에 따른 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (종사상지위별)

(단위: 명, 일, %)

구분		아팠던 날 (일, B)	아파서 일하지 못한 날(일)	아파도 일한 날(일)	아팠던 날 대비 아파도 일한 날 비율(%)	하루도 쉬지 못한 사람 비율(%)	아팠던 날 모두 쉬는 사람 비율(%)
임금근로자 전체		14.0	7.2	6.8	48.7	20.2	39.1
종사상 지위	상용	10.5	5.4	5.2	49.0	19.4	42.0
	임시	19.1	9.2	9.9	51.9	26.0	30.5
	일용	33.1	18.8	14.3	43.2	13.6	34.2
유급질병휴가 있는 집단		12.2	6.6	5.5	45.3	11.8	44.6

구분		아팠던 날 (일, B)	아파서 일하지 못한 날(일)	아파도 일한 날(일)	아팠던 날 대비 아파도 일한 날 비율(%)	하루도 쉬지 못한 사람 비율(%)	아팠던 날 모두 선 사람 비율(%)
종사상 지위	상용	10.6	6.0	4.6	43.2	12.3	47.0
	임시	16.4	9.6	6.9	41.8	10.4	32.6
	일용	34.4	11.5	22.9	66.5	4.2	30.1
유급질병휴가 없음, 다른 휴가 있음		13.7	7.5	6.3	45.7	15.9	41.4
종사상 지위	상용	10.4	5.6	4.8	46.2	16.3	43.6
	임시	19.8	10.3	9.5	48.0	17.3	34.0
	일용	35.6	21.1	14.4	40.6	7.6	35.9
유급연차, 유무급질병휴가 없는 집단		16.4	4.1	12.4	75.1	64.8	15.2
종사상 지위	상용	13.2	1.3	11.9	90.5	75.7	11.2
	임시	15.7	3.7	12.1	76.6	69.0	12.9
	일용	24.6	10.8	13.8	56.1	33.9	28.3

〈표 3-6-91〉 지난 1년 임금근로 상병 경험자 휴가제공 여부에 따른 아파서 일하지 못한 날과 아파도 일한 날 (사업체 규모별)

(단위: 명, 일, %)

구분		아팠던 날 (일, B)	아파서 일하지 못한 날(일)	아파도 일한 날(일)	아팠던 날 대비 아파도 일한 날 비율(%)	하루도 쉬지 못한 사람 비율(%)	아팠던 날 모두 선 사람 비율(%)
임금근로자 전체		14.0	7.2	6.8	48.7	20.2	39.1
사업체 규모	5인 미만	20.2	12.0	8.3	40.8	19.9	37.2
	5~29인	12.7	6.1	6.6	52.1	21.9	37.3
	30~299인	10.3	4.6	5.7	55.0	18.6	41.8
	300인 이상	12.9	6.1	6.8	52.8	19.0	42.3
유급질병휴가 있는 집단		12.2	6.6	5.5	45.3	11.8	44.6
사업체 규모	5인 미만	14.6	9.3	5.3	36.3	9.8	44.2
	5~29인	11.5	5.8	5.7	49.4	12.9	43.0
	30~299인	9.5	5.4	4.2	43.6	11.2	45.7
	300인 이상	14.3	7.2	7.1	49.8	12.3	46.2
유급질병휴가 없음, 다른 휴가 있음		15.7	8.4	7.2	46.1	21.0	37.4
사업체 규모	5인 미만	27.4	16.5	10.9	39.8	14.3	38.0
	5~29인	12.9	6.8	6.1	47.1	22.2	36.1
	30~299인	9.9	3.9	6.1	61.1	24.0	39.5
	300인 이상	9.0	4.2	4.9	53.7	27.1	37.0
유급연차, 유무급질병휴가 없는 집단		16.4	4.1	12.4	75.1	64.8	15.2
사업체 규모	5인 미만	13.4	5.4	8.0	59.9	65.0	15.4
	5~29인	17.1	4.0	13.1	76.5	60.5	17.4
	30~299인	24.2	1.6	22.6	93.5	71.3	9.5
	300인 이상	17.8	0.7	17.1	96.1	82.4	9.2

○ 2) 어떤 유형의 휴가라도 있는 임금근로자를 대상으로 프리젠테이션 이유를 질문한 응답 결과를 비교해 보면, 유급병가가 있는 경우 ‘업무를 대체(대신)할 사람이 없다’는 응답이 유급질병휴가 없는 경우에 비해 9%포인트 가량 높은 반면, ‘병가나 질병휴직 제도가 있지만 무급이거나 소득이 감소해서’가 유급병가 없는 집단에서 9%포인트 정도 높아져 유급질병휴가 없는 집단에서 소득감소에 대한 우려로 아파도 출근하는 경향이 강한 것으로 나타남.

- 특히 유급병가 없는 집단 일용직과 5인 이상 중간규모 또는 대기업 종사자가 유급병가 있는 근로자에 비해 소득감소에 대한 우려가 매우 큰 것으로 나타났음.

〈표 3-6-92〉 유급질병휴가 유무별 임금근로자 아팠는데 출근한 이유 : 병가·질병휴직 하나라도 제공되는 경우 (1순위)

(단위: %)

구분		업무를 대체(대신)할 사람이 없다.	아프지만 참고 일을 해야 할 것 같다.	병가나 질병휴직 제도가 있지만 무급이거나 소득이 감소해서	일 수 있는 회사 분위기가 아니라서	병가나 질병휴직 사용 시 인사, 승진, 평가 등의 불이익이 예상되어서	기타	전체
종사상 지위	전체	54.5	23.2	7.9	11.9	2.2	0.3	100.0
	상용	57.3	22.1	6.6	11.9	1.9	0.2	100.0
	임시	46.0	23.6	12.7	11.9	4.7	1.2	100.0
	일용	32.7	41.0	13.9	12.3	0.0	0.0	100.0
	전체	45.7	22.3	17.1	11.4	3.1	0.4	100.0
	상용	50.4	15.0	17.1	14.9	2.6	0.0	100.0
	임시	48.2	29.2	12.3	6.6	3.7	0.0	100.0
사업체 규모	일용	21.0	36.0	28.1	8.0	4.3	2.8	100.0
	전체	54.5	23.2	7.9	11.9	2.2	0.3	100.0
	5인 미만	55.2	22.4	7.9	13.6	0.9	0.0	100.0
	5~29인	55.4	22.2	8.7	12.3	1.5	0.0	100.0
	30~299인	50.5	26.5	7.8	12.1	2.6	0.6	100.0
	300인 이상	57.5	21.4	6.5	9.7	4.1	0.9	100.0
	전체	45.7	22.3	17.1	11.4	3.1	0.4	100.0
	5인 미만	49.3	29.4	8.6	8.7	4.0	0.0	100.0
	5~29인	43.9	20.4	22.5	10.2	2.1	0.9	100.0
	30~299인	48.6	19.1	14.9	14.7	2.8	0.0	100.0
	300인 이상	39.2	18.3	20.8	16.1	5.6	0.0	100.0

○ 3) 휴가제공 여부에 따라 항목별 우려도와 지원 필요도를 비교해보면(〈그림 3-6-33〉), 유급질병휴가 있는 경우 다른 유형의 휴가는 있는 경우나 아무 유형의 휴가도 없는 두 근로자 집단에 비해 소득감소나 실직폐업에 대한 우려, 소득지원과 질병휴가 지원에 대한 필요 정도 모두 매우 낮은 수준으로 나타남.

- 소득감소에 대한 우려는 상용직과 임시직에 비해 일용직에서 매우 높고, 실직폐업에 대한 우려는 상용직과 임시·일용직에서 차이가 남.

- 소득지원과 질병휴가에 대한 필요 모두 각 집단내에서 종사상지위별로 큰 차이를 보이지

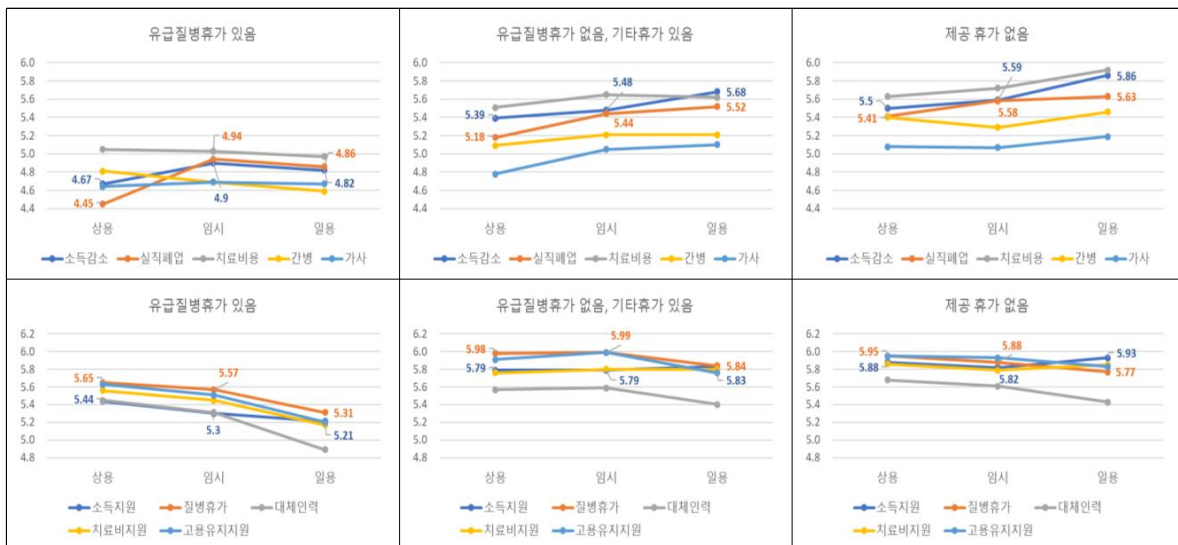
는 않으나 유급병가 있는 근로자와 없는 근로자 사이에는 차이가 큼. 휴가 없는 집단의 일용직에서 소득지원에 대한 필요가 더욱 강하게 나타남

- 요약하면, 어떤 유형의 휴가도 제공되지 않는 경우 아파도 일하는 비율이 눈에 띄게 높아 정책 대응을 필요로 하는 집단임. 유급질병휴가 제공 유무에 따라 소득감소 우려로 인해 아파도 출근하는 비중이 크게 높아졌고 특히 일용직에서 두드러지게 커졌음. 유급질병휴가 있는 경우 소득감소나 실직폐업에 대한 우려, 소득지원과 질병휴가 지원에 대한 필요 정도 모두 매우 낮은 수준이었음. 유급질병휴가 없는 경우에서도 소득감소에 대한 걱정과 이에 따른 소득지원에 대한 필요가 일용직에서 강하게 나타났고, 임시직의 경우 소득감소에 대한 우려는 일용직보다 적지만 실직폐업에 대한 우려가 상용직과 큰 차이를 보였음.
- 유급질병휴가 없는 경우 소득감소와 실직폐업 걱정으로 아플 때 쉬지 못하는 출근하는 비율이 크게 높아졌음. 다른 유형의 휴가가 제공되는 경우에도 어떤 유형의 휴가도 제공되지 않는 경우보다는 아플 때 휴식하는 비율이 높지만 소득과 일자리 상실에 대한 우려는 유급질병휴가 있는 집단보다 훨씬 높았기 때문에 아플 때 충분히 휴식하게 한다는 목적을 달성하는 데 한계가 큼.
- 따라서 유급질병휴가를 제도화하여 소득감소와 일자리 상실 위험을 최소화하는 것이 필수적이며, 상병수당으로 소득감소에 대한 우려를 완화하는 것 또한 임시·일용직과 자영업자가 아플 때 쉬고 회복하여 업무로 복귀할 수 있도록 하는 데에 필수적인 대응일 것임.

#### 408 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구

[그림 3-6-33] 지난 1년 **임금근로 상병 경험자** 휴가제공 여부에 따른 우려사항과 지원이 필요한 사항의 정도

(단위: %)



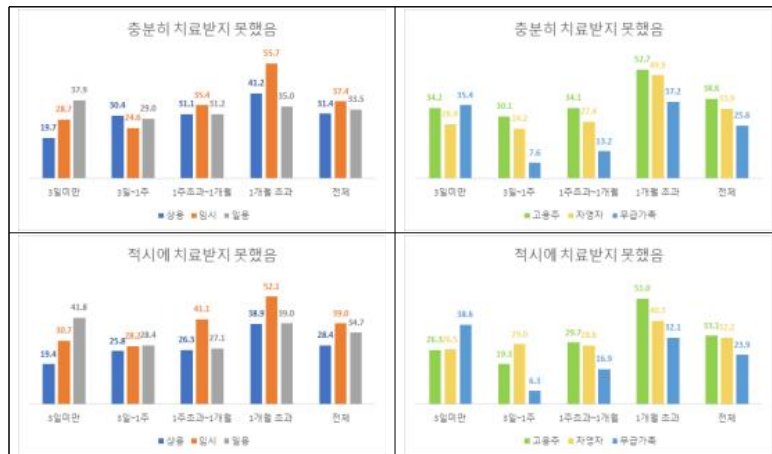
## 나. 중증도에 따른 대응의 차이

### □ 중증도에 따른 차이와 시사점

- 지난 10년 주된 상병 발생 시 아픈 기간을 3일 미만(20.7%), 3일~1주일(21.4%), 1주일 초과~1개월(26%), 1개월 초과(회복되지 않았음 포함)(32%)로 나눠 중증도에 따라 1) 충분히/적시에 치료받았는지, 2) 소득감소/일자리 상실 경험한 비율, 3) 상병발생 시 주요 우려사항과 필요한 지원에 대한 정도 비교하였음.
- 1) 충분히/적시에 치료받았는지, 임금근로자와 비임금근로자 종사상지위별로 구분해 보면,
  - 주된 상병 경험자에서 충분히/적시에 치료 받지 못한 비율이 가장 높은 임금근로자는 당시 종사상지위가 임시직이었던 집단이며 그 다음은 일용직, 상용직 순서임. 비임금근로자는 고용주<자영자>무급가족종사자 순으로 충분히/적시에 치료 받지 못한 비율 높았음.
  - 임금근로자 중증도별로 구분했을 때, 아픈 기간이 3일 미만인 근로자가 충분히/적시에 치료받지 못한 비율은 상용<임시<일용직 순으로 가파르게 높아졌음. 다른 모든 기간별 집단에 따라서는 상용직과 일용직 간에 차이가 거의 없는 반면, 임시직이 충분히/적시에 치료받지 못한 비율이 눈에 띄게 높아졌음. **3일 미만의 초단기간 상병에는 일용직은 치료가 충분하지 못한 경향이 있고, 상병기간이 길어질수록 임시직 취약성이 드러남.**

[그림 3-6-34] 중증도별 주된 상병 후 충분히/적시에 치료받지 못한 경험 비율

(단위: %)



- 비임금근로자 중증도별로 구분했을 때, 3일 미만을 제외하고는 유사한 경향을 보였음. 3일미만의 경우 무급가족종사자가 충분히/적시에 치료받지 못하는 비율이 상대적으로 높지만 고용주와 자영자가 적시에 치료받지 못한 비율은 비슷했음. 상대적으로 자율성이 높은 자영업자의 특성이 반영되어 짧은 상병기간에는 큰 차이 없이 대처할 수 있었던 것으로 추측됨.

### ○ 2) 소득감소/일자리 상실 경험한 비율

- 임금근로자의 경우 중증도와 무관하게 상용<임시<일용직 순으로 소득감소한 경향이 많고, 일자리 상실을 경험한 비율도 높았음. 일용직의 경우 3일 미만의 짧은 상병에도 일자리 상실을 경험한 비율이 56.6%로 매우 높았음.
- 비임금근로자의 경우 소득감소를 경험한 비율은 자영자<고용주>무급가족종사자 순이지만, 3일 미만인 경우만 무급가족종사자가 소득감소 경험하는 비율 더 높았음. **일자리상실 경험한 비율은 고용주<자영자<무급가족종사자 순으로 높아졌지만, 1주까지는 종사상지위별 경향성을 발견하기 어려움.**

[그림 3-6-35] 중증도별 주된 상병 후 소득감소/일자리 상실 경험한 비율

(단위: %)

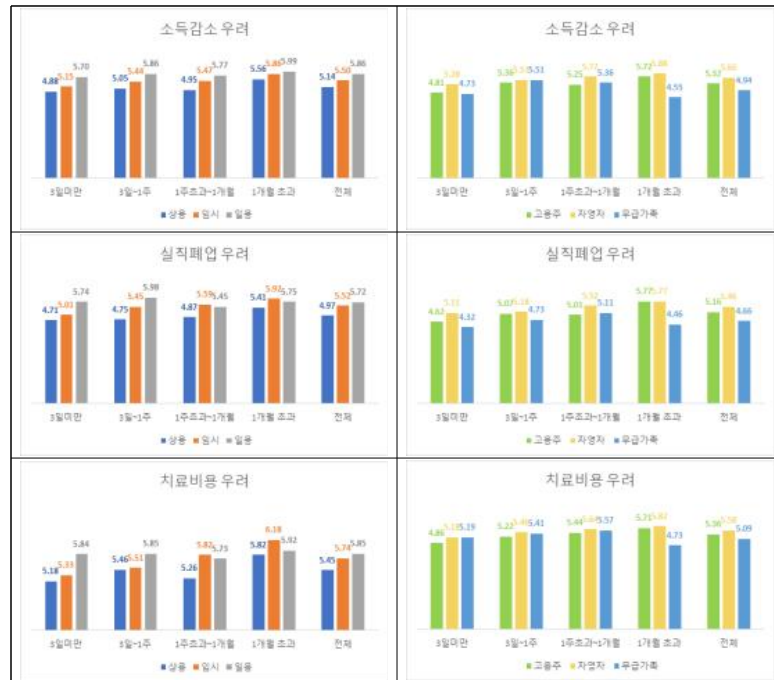


## ○ 3) 상병발생 시 주요 사항 우려도와 필요한 지원에 대한 정도

- 임금근로자의 경우 소득감소와 실직폐업, 치료비용에 대한 우려도가 모두 상용<임시<일용직 순으로 높아졌음. 3일 미만, 3일~1주일의 경우 일용직의 우려도가 단연 높았으나 실직폐업, 치료비용에 대한 우려에 있어서 1주 초과했을 때부터 임시직의 우려도가 가파르게 높아졌음. 비임금근로자의 경우 주요 사항에서 자영자의 우려도가 가장 높았음.
- **주요 지원에 대한 필요도의 경우, 임시<일용>상용직 순이었음. 1주까지의 단기간 상병 경험자 중에 일용직 필요도가 높았으나 1주 이상에서 임시직의 필요도가 눈에 띄게 높아져 상병기간이 길어질수록 임시직이 소득과 일자리 상실에 대한 걱정과 이에 대한 대응의 필요도가 커졌음.** 비임금근로자에서 지위 간 차이는 크게 발견되지 않았음.

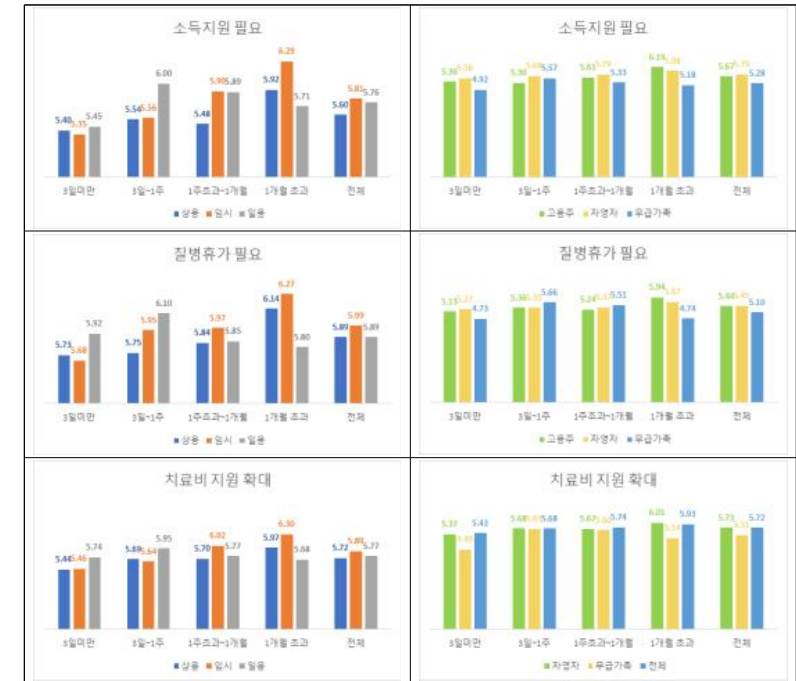
[그림 3-6-36] 주된 상병 증증도별 주요 우려 사항과 정도

(단위: %)



[그림 3-6-37] 주된 상병 증증도별 주요 지원 내용과 필요한 정도

(단위: %)



○ 요약하면, 상병기간이 길어질수록 소득감소와 일자리 상실 위험은 모든 임금근로자의 종사상지위에서 커졌음. 상용<임시<일용직 순으로 소득감소와 일자리 상실 경험한 비율과 소득감소와 실직폐업에 대한 우려가 커졌음. 눈에 띄는 점은 일용직은 경미한 3일 미만의 상병에도 충분히/적시에 치료받지 못한 비율이 높고 다른 종사상지위에 비해 소득감소나 일자리 상실 경험하는 비율이 크게 높아서 이에 대한 정책적 대응이 요구됨. 상병기간이 길어질수록 임시직이 일자리 상실 경험하는 비율이나 주요 항목에 대한 우려가 일용직과 유사하거나 일용직보다 커질 정도로 취약성이 높아졌음.

- 대기기간 등 상병수당 제도설계에 따라 주되게 영향받는 종사상지위가 크게 달라질 수 있음을 시사함.

#### 다. 지원을 가장 필요로 하는 집단과 집단별 필요한 정책

##### □ 상병수당을 가장 필요로 하는 집단

○ 종사상지위, 고용형태별: **임시·일용직과 자영자, 비정규직 지원 필요로 함**. 일용직과 자영자(고용주보다) 상병발생률 가장 높고, 유급질병휴가 제공률은 가장 낮고, 소득감소나 일자리 상실을 경험할 확률 높음. **프리젠티즘 비율과 충분히/적시에 치료받지 못한 비율은 임시직이 가장 높았음**.

- (상병발생률) 임금근로자 상용직(1.5%), 임시직(4.8%), 일용직(10.5%)으로 갈수록 높아지고, 고용주(2.3%), 자영자(4.3%), 무급가족종사자(7.9%) 순으로 높아짐. 정규직 1.1%, 비정규직 3.0% (파견 8.7%, 용역 9.5%, 임금 특고 6.6% 등 높음)

• 연령·종사상지위별로 구분했을 때, 상용직과 고용주는 연령이 높아져도 상병발생률이 증가하는 경향을 관찰할 수 없는 반면, 임시직과 일용직은 40대, 50대로 연령이 높아질수록 전체 취업자와 유사하게, 또는 더욱 가파르게 상병발생률이 증가하는 차이를 볼 수 있음. 건강상태와 종사상지위가 상호연관성을 갖고 악순환하는 것으로 보임. 건강상태로 인해 상용직 같은 안정적인 지위에서 탈락하지 않도록, 임시·일용직에서 건강상의 문제가 생겼을 때 제때에 충분히 치료받고 복귀할 수 있도록 하는 정책적 개입을 필요로 함.

- (상병기간 분포) 임금노동자, 비임금근로자 각각의 집단에서도 고용상태가 불안정할수록(상용, 임시, 일용, 고용주, 자영자, 무급가족종사자 순으로) 긴 상병기간 비중이 커짐.

- (아파도 일함) 임시직 프리젠티즘 비율 상용직보다 높음. 정규직 40.1%, 비정규직 51%로 비정규직 프리젠티즘 비율 높음(기간제 55.7%, 파견 68.3%, 특고 56.4%로 높은 편임).

- (아파도 일하는 이유) 병가·질병휴직제도 하나라도 제공되는 경우, 1, 2순위 합산했을 때 종사상지위별로 상용직은 '업무를 대체(대신)할 사람이 없어서'(68.5%)와 'של 수 있는 회사 분위기가 아니라서'(39.7%) 응답비율이 높은 반면, 일용직은 '아프지만 참고 일을 해야 할 것 같아서'(53.5%)와 '제도가 있지만 무급이거나 소득이 감소해서'(42.2%) 응답비율이 상대적으로 높아서 임시, 일용직일수록 위계에 따른 눈치보기로 아플 때 쉬기 어렵고, 제도가 있어도 소득감소 우려로 쉬지 못했음.

• 병가·질병휴직제도 없는 경우 상용직은 업무를 대신할 사람이 없어서 비율이 과반인 반면, 일용직은 1, 2순위를 합산하면 '일하지 않을 경우 소득 감소 우려'가 57%. 그리고 일용직 31.9%가 '실직이 우려되어서'라고 응답해 일용직이 보다 직접적인 실직 위험을 느끼는 것으로 나타났음.

- (휴가 제공과 사용) 지난 1년 아파서 일하지 못한 날 임금근로자 처리 방식, 유형별 휴가 제공률, 휴가우선순위, 지난 10년 주된 상병 휴가 유형별 사용한 비율 비교해 보면,

• 지난 1년 아파서 일하지 못한 날, 상용직과 정규직은 유급질병휴가(34.4~41.4%), 유급연차(29.5~29.9%) 순, 임시직과 비정규직은 무급질병휴가(47.8~48.9%), 유급질병휴가(19.4~19.7%) 순, 일용직은 무급질병휴가가 70.4%가 과반을 차지했음.

• 휴가제공률 역시 상용직은 유급연차휴가, 유급질병휴가 제공비율이 77.1%, 50.7%인 반면, 임시·일용직은 20.5~35.0%, 14.9~20.7%로 큰 격차를 보였음. 휴가정책 있는 경우, 상용직은 유급연차휴가(82.8%)를 가장 우선 사용하고, 일용직은 무급질병휴가를 우선 사용.

• 휴가 사용이 상용<임시<일용, 정규직<비정규직 순으로 쉽지 않음.

• 주된 상병 당시 임금근로자 **종사상지위별** 휴가유형에 따른 사용률을 살펴보면 유급병가/질병휴직 사용률이 상용직 32.5%, 임시직 17.6%, 일용직 13%, 유급 연차휴가 사용률이 상용, 임시, 일용직 순으로 46.9%, 19.9%, 14.2%로 유급휴가 사용률에서 종사상지위별로 뚜렷한 차이가 나타남.

- 주된 상병 당시 경험

• 충분히/적시에 치료받지 못한 비율이 임시<일용>상용임금근로자 순이며, 고용주<자영자>무급가족종사자 순임. 이유는 상용직은 회사 내 분위기가 주된 걸림돌인 반면, 임시직과 일용직은 소득감소와 비용 부담 문제가 컸음. 비임금근로자 역시 소득감소 부담이 가장 큰 이유였음.

• (소득감소한 경험 유무와 소득 감소한 수준) 임금근로자 종사상지위별로 소득 감소를 경험한 비율이 **상용직 22.3%, 임시직 44.1%, 일용직 69.1%**로 임금근로자 종사상지위에 따른 격차 큼. 소득감소를 경험한 사람 중에 **80%이상 소득유지, 60~79%로 과반이상 소득을 유지하는 경우가 상용(44.6%)>임시(40.3%)>일용직(32.9%)** 순으로 소득감소를 경험하는 사람 중에서도 상용직이 소득을 유지하는 비율이 높은 편인 반면, **일용직은 40.9%가 평소 소득의 20%미만 밖에 벌지 못했음**. 비임금근로자 종사상지위별로 **고용주보다 자영자가 소득 감소를 경험하는 비율이 더 높았음**. 소득 감소를 경험한 사람 중에서도 **고용주는 44.6%가 평소보다 소득을 60%이상 벌지만 자영자는 35.6%가 60%이상**을 벌고, 23.9%가 20%미만의 소득을 벌어 자영자가 상병으로 인한 소득 감소 영향이 큼.

• (일자리 상실 경험과 대응) **임금근로자 종사상지위별로 실직·퇴사하는 비율 상용직 15%, 임시직 31.6%, 일용직 45.8%, 이직률 상용직 6.1%, 임시직 11%, 일용직 16.8%로 급격한 비율로 단조증가함**. 따라서 **상용직의 78.9%가 일자리를 유지하는 반면 일용직은 37.4%만 일자리 유지**. 비임금근로자 종사상지위별로 실직이나 폐업하는 비율



이 고용주 12.2%, 자영자 15.4%, 무급가족종사자 25.7%로 증가함. 일용직은 상대적으로 해고 당하는 비율이 높고, 상용직은 해고 위험은 낮지만 자발적 또는 눈치가 보이거나 강압에 의해 퇴사하는 비율이 높은 편임.

○ (사업체규모별) 5인 미만 소규모 사업체 상병발생률 가장 높고, 유급질병휴가 제공률은 가장 낮고, 소득감소나 일자리 상실을 경험할 확률 가장 높음. 5~29인 사업장이 그 다음 순서로 열악한 상황임.

- (상병발생률) 5인 미만 사업장 발생률이 가장 높고(3.2%), 5~29인(2.2%), 30인 이상(1.5~2.0%) 순서임.
- (아파도 일함) 5인 미만 사업장 근로자 상병일이 20.2일로 단연 높음. 사업체 규모 작으면 하루도 쉬지 못한 비율 높고, 모두 쉬 사람 비율 낮은 경향 있음. 그 이유로 질병휴가 제공되지 않는 경우 **5인 미만 사업체에서 '업무 대체할 사람 없다'는 응답 비율이 매우 높았음.(1순위 67.6%)**
- (휴가 제공과 사용) 지난 1년 아파서 일하지 못한 날 임금근로자 처리 방식, 유형별 휴가 제공률, 휴가우선순위, 지난 10년 주된 상병 휴가 유형별 사용한 비율 비교해 보면,
  - 지난 1년 아파서 일하지 못한 날, 5인 미만 사업장 근로자는 무급질병휴가(55.6%), 유급질병휴가(18.8%), 5~29인도 같은 순서임. 30~인 이상에서는 유급질병휴가와 유급연차 합산 비중이 61.7~74.3%로 과반을 차지했음.
  - 종사상지위 및 고용형태와 사업체규모를 교차하면 대기업 정규/상용직은 유급병가, 유급연차 등 유급의 휴가정책을 주로 사용하는 반면, 중소기업 비정규/임시·일용직일수록 무급휴가 및 제도화 되지 않은 형태의 휴가를 부여받는 비율이 훨씬 높았음.
  - 휴가제공률 역시 사업체규모가 커질수록 유급연차휴가, 유급질병휴가 제공률이 점증
  - 주된 상병 당시 임금근로자 **사업체규모별** 휴가유형에 따른 사용률을 살펴보면 유급병가/질병휴직 사용률이 사업체규모가 커질수록 증가하여 5인 미만 19.9%에서 300인 이상 35.6%, 유급 연차휴가 사용률 역시 단조 증가하여 5인 미만 23.2%, 300인 이상 55.6%로 사업체규모별 유급휴가 사용률에서 격차를 보였음.
- 주된 상병 당시 경험
  - (소득감소한 경험 유무와 소득 감소한 수준) 임금근로자 사업체규모별로 소규모 사업체일수록 소득감소 경험한 확률 높고, 평균 소득 감소 기간은 긴 경향. 30인 미만 소득 60%이상일 확률 약 37%, 30인이상 44.7~52.3%로 차이남.
  - (일자리 상실 경험과 대응) 임금근로자 사업체규모별로도 중소기업사업체 근로자가 실직·퇴사 및 이직하는 비율이 훨씬 높음. 따라서 **일자리 유지하는 비율 5인 미만 62%이지만, 300인 이상 82%**

○ (소득수준) 소득 낮을수록 상병발생률 높고, 소득감소 및 일자리상실 경험 확률 높았음.

- (상병발생률) **가구소득이 낮을수록 상병발생률이 높았음.** (1.7~5.7% 단조증가)
- (아파도 일함) 월소득과 가구소득 모두 저소득, 중간소득 구간까지 프리젠티즘 비율 비슷하지만, 고소득 구간에서 프리젠티즘 비율, 하루도 쉬지 못한 사람 비율 낮아지는 경향이 뚜렷함.
- 주된 상병 당시 경험
  - 충분히/적시에 치료받지 못한 비율이 월소득, 연간 가구소득 낮을수록 높았음. 소득수준이 낮을수록 소득감소와 비용부담이 더 큰 이유로 작용했음.
  - (소득감소한 경험 유무와 소득 감소한 수준) 월소득 구간별로 소득이 낮을수록 소득 감소를 경험하는 비율이 증가함. **400만원 이상 취업자 22.6%가 소득 감소를 경험하는 데 비해 100만원 미만 취업자 절반(50.1%)이 상병으로 소득이 감소함.** 소득 감소 정도는 단조증가하지는 않지만 소득이 클수록 60%이상 소득 유지 비율도 큰 편임.
  - (일자리 상실 경험과 대응) 월소득 수준별로도 차이가 뚜렷함. **실직·퇴사·폐업하는 비율이 100만원 미만 근로자 33.4%에서 단조감소하여 400만원 이상 근로자 9.2%로** 낮아졌음. 반면 일자리 유지 비율 100만원 미만 근로자 59.2%인데 비해, 400만원 이상 근로자 86.2%로 높음.

□ 대상별로 필요로 하는 지원

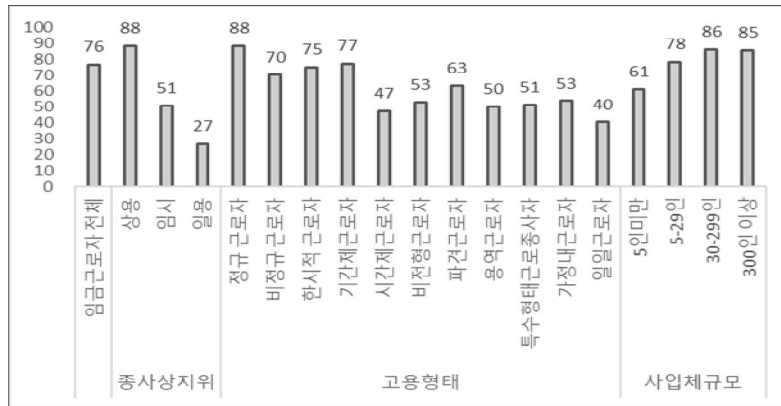
○ 종사상지위별로 구분했을 때, 아플 때 쉬지 못하는 주요 요인은 상용직의 경우 업무를 대체(대신)할 사람이 없거나 질병휴가 사용 후의 불이익 우려 비율이 상대적으로 높고, 임시·일용직은 질병휴가 있더라도 무급 비율 높기 때문에 소득감소 우려가 크고 일자리 상실에 대한 우려도 상대적으로 큰 까닭임. 자영업자도 소득에 대한 우려가 가장 크기 때문에 이에 대한 대응이 필요함.

- 아플 때 쉬 수 있는 회사내 분위기를 만드는 것은 유급질병휴가 제도적 도입이라는 정책적 대응과 더불어 아플 때 쉬는 것이 근로자 개인 뿐 아니라 사회적인 비용을 줄인다는 사회적 합의와 사회적 분위기의 변화가 요구됨.
- 유급질병휴가 제도적 안착은 상용직 뿐만 아니라 임시·일용직의 고용안정과 소득유지에도 도움이 되지만 현재의 제도적 여건에서 유급질병휴가 도입만을 추진하면 당장의 제도적 수요를 충족할 수 없음. 임시·일용직은 실질 시 소득을 보장하는 고용보험 가입률도 낮고(〔그림 3-6-38〕) 민간의료보험을 통한 사적 대응체계도 상대적으로 미흡함. 따라서 임시·일용직의 의 소득감소와 비용부담에 대한 우려를 줄여 아플 때 제때에 충분히 쉬고 근로복귀할 수 있도록 소득지원이 강하게 요구됨.



- 자영업자의 소득감소 우려 완화를 위해서도 소득지원 요구됨.

[그림 3-6-38] 종사상지위, 고용형태, 사업체규모별 임금근로자 고용보험 가입률



- 사업체규모로 구분했을 때, 5인 미만 사업장 유급휴가(유급질병휴가, 유급연차휴가) 제공비율이 가장 낮고, 상용직이라도 업무를 대신할 사람을 찾기 어려워 치료를 미루거나 충분히 받지 않는 경향이 있음. 5~29인 사업체가 5인 미만 사업체보다 상황이 낫지만 30인 이상보다 열악한 상황임.

- 유급질병휴가 제도화라는 공통된 대안과 상병수당 제도와 같은 근로자에 대한 소득지원과 더불어 영세한 소상공인과 중소기업에 대한 고용주 부담분 공적 지원 방안을 고려해야 함. 대체인력 지원 등 사업주 지원 방안을 동시에 모색해야 가장 취약한 5인 미만 사업장에서 아플 때 쉬는 실질적인 조치가 가능해질 것임.

- 저소득가구는 소득지원(치료비 지원 포함), 중위소득 가구는 위기 시 제도 대응력 복원이 필요함.
  - 빈곤가구는 상대적으로 생계급여 수급률과 근로장려금 수급비율이 높지만 상병 발생으로 인한 위기 상황에 대응하기 충분하지 않음. 민간의료보험 가입률도 현저히 낮음. 저소득가구는 5인 미만 사업장 종사자, 임시·일용직 근로자, 자영자 등이 직면하는 개인의 문제가 집적된다고 볼 수 있으므로, 소득지원이 가장 필요한 정책대응임.
  - 취업 중 상병발생은 중산층을 빈곤층으로 만들 수도 있는 위험이므로 이에 대한 안전망이 작동할 수 있도록 긴급복지지원과 재난적 의료비 지원사업과 같은 위기 시 제도의 대응력이 강화될 필요가 있음.



## 제7장

### 이해관계자 심층면접

제1절 총괄자문단 운영  
제2절 이해관계자 심층면접  
제3절 소결

## 제 7 장 이해관계자 심층면접

### 제1절 총괄자문단 운영

□ 본 과제의 추진 방향 및 OECD 주요 국가의 상병수당 제도의 비교 설계 등을 공유하기 위해 정부기관, 학계, 이해관계자를 중심으로 총괄자문단을 구성하였으며, 총 3회에 걸쳐 총괄자문단을 회의를 진행함.

○ 총괄자문단의 구성 기관은 <표 3-7-1>과 같음.

<표 3-7-1> 상병수당 총괄자문단 구성

구분	세부구분
정부기관	보건복지부
	건강보험공단
	한국보건사회연구원
	한국노동연구원
학계	고려대학교
	서울대학교
	서울시립대학교
	연세대학교
	경희대학교
	한양대학교
	차의과학대학교
이해관계자	한국노동조합총연맹
	전국민주노동조합총연맹
	한국경영자총협회
	중소기업중앙회
	한국소비자연맹

#### 1. 1차 총괄자문단회의(2021.4.8. 대한상공회의소)

□ 상병수당 도입을 위한 정부 추진계획 및 요구사항 공유

○ COVID-19 확산을 계기로 근로자의 권리 등에 대한 이슈가 주목 받으면서 상병수당에 대한 논의가 급부상하였고, 이에 한국판 뉴딜계획의 일환으로 상병수당에 대한 추진 계획을 밝힌 바 있음.

□ 상병수당 도입 이전 법정 유급병가 선결에 대한 필요성 논의

○ 법적 병가제도의 부재라는 현 상황은 상병수당 도입 전 고려해야 할 가장 중요한 문제이며, 급여를 받는 것 보다 상병 발생 시 해고되지 않은 상태에서 쉴 수 있는 제도적 보장에 대한 논의가 먼저 이루어져야 함.

○ 상병수당 제도 설계 시 먼저 법정 유급병가에 대한 법령체계의 정비가 필요하며, 병가의 보장 없이 소득보장 형태로만 가계 될 경우 양극화 현상이 발생할 우려가 있음.

- 예를 들어, 공무원, 공공기관, 대기업과 같이 복지가 비교적 잘 갖춰진 기관의 근무자는 보다 무급휴가의 사용이 될 제약적이지만, 영세사업장과 같은 경우 대체인력의 부재, 직장 내 눈치 등의 이유로 쉬지 못하는 경우가 발생할 가능성이 높음.

○ 일본의 경우 노사간의 합의가 이루어지지 않아 법정유급병가가 보장되지 않았고, 이에 따라 근로자들이 아플 경우 먼저 본인의 연가를 사용하는 문화가 고착된 것을 고려하면, 법정 유급병가가 선결되는 것은 아주 중요한 문제임.

□ 다양한 이해관계 및 기존 제도와의 정합성에 대한 고려가 제안됨.

○ 보편적 상병수당 도입에 있어 근로를 제공하지 못했을 때 기업이 받는 손실에 대한 고려도 함께 이루어져야 함.

- 상병수당의 도입으로 기존 기업들이 자체적으로 운영하는 사내 복지제도와의 중복이 이루어 질 수 있으며, 과다복지를 받게 될 경우 노동시장의 이중구조를 더욱 심화시킬 가능성이 있음.

- 또한 대기업 뿐 아니라 중소기업 혹은 소규모사업장의 입장도 고려할 필요가 있음.

○ 상병수당의 제도를 건강보장 차원에서만 접근할 경우 현재 고용노동분야에 이미 존재하고 있는 기존 제도와의 정합성에 문제가 발생할 가능성이 있음.

○ 또한, 중복수혜에 대한 문제 역시 고려해야 하므로, 고용노동부, 금융위원회, 기획재정부 등과의 이견 조율도 필요해 보임.

□ 기타 논의 사항

○ **(재정적 지속가능성)** 2026년 건강보험 고갈을 예측하는 연구들이 있는데, 이에 대해 상병수당 도입시 재정 고갈은 가속화 될 가능성이 있음.

○ **(형평성)** 건강보험의 수입은 직장가입자의 비중이 지역가입자에 비해 더 큰 구조로, 보편적 시스템이 도입된다면 직장가입자의 부담이 더 커지는 사태가 발생할 수 있음.

○ **(해외사례 고려)** 이미 상병수당제도가 고착화 된 북유럽 국가들의 경우 도입 당시의 고통화 비율이 현재 우리나라보다 높지 않았음.

- 고통화에 따라 부양가능인구가 줄어드는 상황에서 유럽 제도를 벤치마킹하는 것이 맞는 지 검토 제안

## 2. 2차 총괄자문단회의(2021.7.29. 온라인 화상회의)

□ 제도 설계에 대한 대안별 토의가 있었으며 다양한 입장이 개진되었음.

- **(급여수준 및 급여기간)** 최저 급여 수준을 보장하면서 제도 내부에 가능한 많은 근로자 포괄 하되, 급여기간을 짧게 설정하고 점증적으로 확대하는 방안에 대한 논의
  - 점진적이지만 궁극적으로는 피부양자의 규모를 줄여 나가는 방향 제안이 있었음.
- **(대기기간)** 대기기간을 지나치게 길게 가져가면 제도의 실효성이나 수용성이 떨어지므로 초기 단계에서는 약 3~7일의 짧은 대기 기간을 설정하는 제안에 대한 논의
  - 이에 대한 반대 의견으로 대기기간을 길게 설정하여 장기 질환자를 보호해야 한다는 의견도 있었음.
- **(포괄 범위)** 기본적으로 임금근로자를 중심으로 제도가 설계되겠지만, 자영업자나 특수고용 직종의 포괄에 대한 논의
  - 강제 가입을 전제로 하되, 최소한의 정액급여 도입 의견도 있었음.
- **(재원조달)** 일부 지자체에서 운영하고 있는 유급병가제도를 연계하거나, 혹은 지방 재정의 일부를 보완함으로써 재정 지속가능성을 제고시키는 방향도 제안됨.

□ 제도의 수용성에 관한 의견

- 상병수당이 현실적으로 필요한 직종(일용근로자, 영세사업장 등)이 정작 본 혜택을 받기에 상당히 어려울 가능성에 대한 우려가 제기됨.
- 실제 근로자들이 쉬지 못하는 본질적인 이유는 아파서 일을 하지 못하거나, 몇 달치의 소득 상실인 해고의 위험이 있기 때문으로 병가 보장의 필요성이 강하게 제기됨.
- 한국경영자총협회는 자체 설문조사 결과를 통해, 상병수당 도입 여부 자체만 두고 보면 찬성과 반대의 차이가 크지 않지만, 건강보험료율을 인상할 경우 반대가 급증하는 것이 현실이라는 의견을 제시함.
- 제도 도입의 초기 단계에서 고용보험과 같이 익숙한 제도와 유사한 접근법을 설정하는 것이 제도 수용성에 효과적이라는 제안도 있었음.
- 국민 입장에서 본 제도가 어떻게 받아들여질 것인지가 생각되어야 하는데, 대부분의 국민들은 질병의 경중과 관계 없이 진단서만 제출하면 혜택을 받을 수 있는 수준에 맞추어져 있음.
  - 이러한 국민의 기대를 본 제도가 반영하지 못하고 중증질환과 같이 심각한 건강 문제가 있을 때만 제도의 혜택을 받을 수 있는 것으로 인식된다면, 제도의 수용성은 상당히 떨어질 것이라는 의견이 있었음.

- 이러한 관점에서 경제활동이 불가능한 경우, 근로무능력에 대한 의료 인증, 의학적 심사 등의 내용이 자세히 검토되어야 한다는 필요성이 제기되었음.

## 3. 3차 총괄자문단회의(2021.10.22. 공향철도 회의실)

□ 3차 총괄자문단 회의에서는 상병수당 보장체계, 대국민 설문조사 현황, 제도 간 관계 조정 방향, 의료인증 체계 및 절차 설계에 대한 발제와 종합토론이 이루어짐.

□ 기존의 다양한 사회보험제도의 틀 안에서 상병수당 제도가 안착하는 것이 중요함.

- 건강보험은 현물 급여이기 때문에 환자와 의사 사이에 생기는 도덕적 해이가 존재한다고 하더라도 심사와 평가, 청구와 지급을 통해 일정 상쇄되는 부분이 있지만, 상병수당은 현금급여이기 때문에 문제가 다름.
- 고용보험이나 산재보험이 오랜 기간 구축한 틀이 있기 때문에 재원조달 등을 고려할 때에도 이 부분을 참고하는 것이 정합성을 보장하는 길이 될 것임.
  - 결국 제도가 안착되고 난 이후에도 1~20년에 걸쳐 조정 될 것이므로 이를 전제해야 함.

□ 의료인증에 대한 권한을 누구에게 줄 것인가에 대해서는 해당 분야의 전문의로부터 인증을 받는 것이 가장 이상적이지만, 현실적으로 불가능하기 때문에 의료 면허를 기준으로 권리를 부여하는 것을 생각해 볼 수 있겠음.

- 현실적으로 의사인력이 부족한 상황에서 의료인증의 부담까지 의사들에게 가게 되면 업무 부담이 크다는 사실도 고려해야 함.
- 동시에 의사마다 판단 기준이 상이할 수 있으므로 개인의 소견에만 의존하는 것이 아니라, 객관적인 리스트를 구축하여 점수와 하는 방식도 함께 고려해볼 수 있겠음.

□ 상병수당제도는 엄연히 소득보전에 대한 제도이므로, 소득 파악이 명확한 경우는 정률방식을 고려하더라도, 소득에 불분명한 경우에 대해서는 정액(flat)방식으로 출발하는 것을 고려해 볼 수 있겠음.

- 상병으로 인한 휴직 기간에 소득이 없음을 증명해야 하고, 소득 대체율을 약 60%이상 가져가기 어렵기 때문에 본 제도의 도덕적 해이(Moral hazard)의 위험은 낮은 수준일 것임.
- 소득이 낮은 사람들에게 이 제도를 적용할 것인지가 고민의 지점이 되기도는, 급여의 수준이 도덕적 해이를 방지하는데 가장 중요한 포인트가 될 것임.

□ 용어 자체에서 국민들에게 받아들여지는 인식의 수준이 다르며, 현재는 제도 시작 전이므로 사실상 용어의 선택이 중요한데, 상병수당보다는 '휴업 급여'라는 용어가 정착될 필요가 있음.

#### 4. 종합

##### □ ‘법정 병가제도 신설의 선결조건’의 논의

- 일부 참여 전문가들은 법정 병가제도가 부재한 상황을 해결하는 것이 선결되어야 한다는 주장을 했음.
- 이는 상병수당제도에 대응하는 이해관계가 다른 원인이기도 하므로 이론적으로 반드시 선결되어야 하는 사항이라는데 이견이 없었음.
  - 공무원 또는 대기업 근로자 등 이미 기업복지를 통해 병가와 병가기간 임금을 보장받는 이들에게는 상병수당의 논의가 불필요하기 때문임.
  - 반면, 고용주로부터 해당 복지 혜택을 누리지 못하는 근로자들은 공적주체로부터 이와 유사한 급여가 강제되는 상병수당의 도입을 주장함.
  - 근로자에게는 임금의 상실보다 해고되는 두려움이 더 클 수 있다는 의견이 제기되었음.
- 문제는 법정 병가제도 신설의 실현가능성에 있음.
  - 우리나라 근로기준법에 법정 병가제도를 신설하는 것이 쉽지 않으며, 해고 금지 등 대안적 접근법의 고안과 동시에 상병수당제도를 동일한 효과가 발휘되도록 설계하는 것이 보다 현실적이라는 의견이 있음.
  - 따라서 이분법적 선택보다는 여전히 병행되어야 하는 조건으로 논의되었음.

##### □ ‘제도의 지속가능성’을 고려한 설계의 필요성

- 제도의 지속가능성은 국민의 수용성과 재정의 지속가능성이 혼합되어 논의되었음.
- 국민의 수용성 측면에서는 상병수당에 대한 기대수준의 차이가 제기되었음.
  - 모든 국민에게 적용되는 상병 시 소득보장제도로써 가장 포괄적 형태의 수준에서부터 필요성 확인을 통해 대상을 선별하거나 제한하는 방식까지 광범위할 수 있음.
  - 점진적인 방식으로 보장의 범위와 수준을 확대한다고 해도 궁극적으로 지향하는 수준에서는 이해관계에 따라 입장 차이가 있었음.
- 재정의 지속가능성 측면에서는 보다 복잡한 이해관계 상충이 확인되었음.
  - 재정의 안정성 측면에서는 가능한 많은 사람들이 위험을 공유하는 구성을 해야 하나, 현재 처한 상황에 따라 근로자와 경영자 뿐 아니라 근로자 간에도 재원 부담에 대한 이해관계가 다름.
  - 경영자 입장에서는 기업복지제도와 중복하여 상병수당으로 인해 추가로 발생하는 보험료 부담, 관련된 도덕적 해이로 인한 생산성 손실 비용에 대한 우려가 제기되었음.

- 이는 기존 복지제도와 상병수당의 중복 조정에 대한 노사간 합의 등 과제를 안고 있음.
- 근로자 간에도 현재 고용된 사업장의 휴가 정책에 따라 상병수당의 필요성과 재원 부담에 대한 인식 차이가 있을 수 있음.
- 자영근로자는 소득과약 뿐 아니라 상병으로 인한 근로소득 상실 파악의 어려움 등으로 상대적으로 직장근로자의 부담이 확대될 수 있다는 불평등 문제 제기도 있었음.

##### □ ‘세부 설계’에서 조정 가능성과 ‘해결해야 할 과제’ 확인

- 건강보험제도와 연계함으로써 대상포괄성을 확보하는 부분에 대해서는 동의 수준이 높았으나 건강보험 재정 고갈에 대비한 방안 마련 필요성 확인
  - 건강보험료 인상의 한계 등을 고려하여 건강보험 재정과 분리 운영, 별도 상병수당을 위한 보험료 징수 등
- 노동시장 변화에 대비하여 취업소득(근로, 사업)이 확인되는 전체 취업자를 포괄해야 하는 방향성에 대한 동의가 있었으나 이들이 실제 제도를 이용할 수 있도록 보완적 제도의 필요성 및 일부 검토 과제가 제안되었음.
  - 현실적으로 필요한 직종(일용근로자, 영세사업장 등)이 정작 본 혜택을 받기에 상당히 어려울 가능성을 해소하기 위하여 관련 제도적, 재정적 지원 필요성
  - 직장가입자는 비례급여, 지역가입자는 정액급여 등 급여수준을 달리하는 접근
  - 해고 위험을 보호하기 위한 법적 병가 보장 또는 대안적 장치 마련
  - 대기기간은 없거나 짧게 적용 또는 중증질환자 지원을 위해 길게 적용해야 한다는 의견이 상충하여 검토 필요
- 상병수당 제도 설계에서는 건강보험에서 피부양자 규모의 감소 방향과 연계하여 피부양자를 포괄하는 방향성 확인

## 제2절 이해관계자 심층면접

- 본 연구의 일환으로 상병수당 도입에 대한 다양한 이해관계자들의 의견을 수렴하기 위해 이해관계자 인터뷰를 진행하였으며, 본고에서는 두 차례에 걸친 이해관계자들의 의견을 수렴하여 정리하였음.
- 이해관계자 집단은 크게 ①노동자 집단, ②사용자 집단, ③자영업자 집단으로 구분되었으며, 이 중 본고에서는 노동자 집단과 사용자집단의 의견을 비교의 형태로 제시함.
  - 단, 본 인터뷰에 대한 응답 내용이 대표 특정 기관이나 이해관계 집단의 의견을 대변하는 것은 아님.

### 1. 노동자 및 사용자 집단 인터뷰 내용

#### 가. ‘아프면 쉴 권리’ 제도 시행에 대한 인식 비교

- 단체협약·완전 보장형태·보장기간 7일~6개월·연차소진 우선 원칙이 일반적으로 운영되고 있으며, 최근 COVID-19의 영향으로 전염병 관련 유급병가제도 조항이 추가되는 추세임.
- 제도시행 활성화 여부에 대해서 노동자집단은 비활성화 되어 있다고 인식한 반면, 사용자 집단은 활발히 시행되고 있다는 인식이 강하여 노·사간의 인식에 차이가 있음을 확인함.
  - **(노동자)** 대기업에서만 활성화 되며, 중소·영세는 비활성화
    - 특고, 플랫폼 노동자의 제도 부재로 ‘아프면 쉴 권리’ 관련 제도의 신뢰가 전무하다는 인식
  - **(사용자)** 기업의 70%가 병가, 50% 유급병가 수준의 도입률이며, 일부 기업은 비급여나 자 기부담금 등 추가적 혜택도 제공
- ‘아프면 쉴 권리’ 제도시행의 비활성화에 대해서는 노동자는 제도 비활성화의 원인으로 기업의 해고 종용·인력 충원 문제·병원 연계 요구 미충족·매뉴얼의 부재 등을 언급함.
- 반면, 사용자는 제도 시행의 비활성화 원인으로 노동자의 유급병가 연차 제도의 수당화 때문임을 언급함.

[그림 3-7-1] 제도 비활성화 원인에 대한 노동자, 사용자간의 의견

(노동자측A) “왜냐하면 결국에 인력충원 문제와 연동이 될 수밖에 없는 문제라. 아픈걸 몰라서 안 쉬는 것도 아니고, 제도가 없어서 안 쉬는 것도 아니지만 내가 쉬면 이 일을 누군가는 해야 되는데.”

(노동자측B) “최근에도 경험해 본 사례인데 몸이 아프면 그냥 해고를 당합니다. 극단적인 종속관계에 속해 있고 플랫폼인데, 공공기관 예외는 아니고요. 택배나 플랫폼 같은 경우는 여성노동자는 거의 없습니다. 없는 이유가 여성 근로 시에 발생하는 질병, 받아야 하는 그런 것들이 있는데 전무한 거니까요. 그런 거에 대한 기준이 필요할 거 같다는 생각이 들고. 건강검진 제도가 되어야 되는데 이런 게 다 유명무실하고요.”

(사용자측A) “이미 연차휴가 사용 일수가 우리나라가 2018년에 9.9일 입니다. 지금 기본적으로 15개씩 주죠. 그리고 쓸어 가는데, 그 나머지는 돈으로 받아가고 있다, 돈으로 받지도 못하는 분들이 있으시겠지만, 그래서 예전에 2020년 설문조사인데요. 문화관광정보원 같은 경우에 휴가 미사용 이유 중에 이유가 아예 연차수당 수령이 있어요. 22%에 달하거든요. 그래서 지금 연차 제도로 지금 제대로 안돌아 가는데 여기서도 또 유급병가제도를 하는 게 맞냐. 차라리 연차 쓰는 게 낫지 않냐.”

#### 나. 상병수당 제도 도입에 대한 인식 비교

- 노동자와 사용자 집단 모두 상병수당의 국내 도입에 필요성에는 공감하였으며, 동시에 대기업에 비해 중소기업의 도입이 현실적으로 어렵다는 지점에 공감하였음.
- 이는 중소기업이 가진 보험료, 인력부족, 기존 제도 도입 부담 등의 구조적 문제를 가지고 있기 때문임.

[그림 3-7-2] 기업 규모에 따른 제도도입의 수용성에 대한 노동자, 사용자 간의 의견

(사용자측A) “COVID-19를 거치면서 대중소기업 격차가 훨씬 더 커진다. 그리고 이게 대기업이 절대 임금 수준이나 복지수준이 확대가 되다 보니까 비율상으로는 유지가 되더라도 절대 금액적으로는 훨씬 더 규모가 커지는 문제가 존재하고, 저희가 일자라나 인력 관련해서 중소기업들 얘기를 들어보면, 워 보험료 이런 문제들은 어떻게 제가 생각할 때는 많이 나온 부분이 있고.”

“정부 기업 떠넘기지 말고 중소기업 알아서 잘 해봐라 이런식으로 할 게 아니라 어떤 종합계획이나 이런 어떤 이 사회가 함께 갈 수 있는 그런 계획들 속에서 중소기업들을 데리고 가려는 그런 움직임 필요하다.”

(노동자측A) “제도에 대한 얘기를 해도 결국에 플랫폼 기업이나 중계 업체의 규모가 어느 정도 커지나 만약에 이렇게 된다고 하면 그럴 가능성이 없지 않아 있겠지만, 대부분 적은데, 규모가 작으니까 이런 데서는 사용자가 책임 분담을 하면서 뭔가를 하겠는가. 이런 의문도 있는 것 같고”

- 상병수당 도입 취지 및 중소기업의 도입 어려움에는 공통적인 의견을 보였으나 상병수당 도입 자체에 대한 태도의 긍·부정에서는 인식 차가 존재함.
- 노동자는 상병수당 도입을 긍정적으로 바라보고 있으며, 사용자는 부정적인 의견으로 도입에 대한 기업의 우려를 표함.
- **(노동자)** 상병수당 제도의 부재가 과로사의 원인과 관련이 있으므로 이를 해결할 수 있는 방법이라고 생각
- 중장기적으로 봤을 때 활용가능성에 대해 긍정적 예상
- **(사용자)** 기업이 어디까지 책임을 져야 하는지와 관련한 기업의 책임의 문제에서 벗어났다고 생각하며, 상병수당이 가지는 사회적 가치 자체의 의문점도 있음
- 상병수당 제도 도입시 기업의 생산성 차질과 전반적으로 비용 문제가 발생할 것을 우려

[그림 3-7-3] 제도 도입에 대한 노동자, 사용자 간의 의견

(노동자측A) “택배는 코로나 특수를 누렸잖아요. 그 와중에 과로사 다섯 분이 하셨거든요. 이 과로사의 근본적인 원인이 결국은 상병수당이나 이런 병가나 제도 자체가 아예 없어서 생기는 문제고요.”

(노동자측N) “어쨌든 상병수당제도를 통해 최대한 많은 사람을 포괄하고 적절한 수준을 제공한다고 하는 원칙만 훼손이 되지 않는다면, 제가 봤을 때 나중에 중장기적으로라도 플랫폼 노동자들도 이 부분에 대해서 사용할 수 있겠구나 하고 현장에서 인식 할 수 있지 않을까 하는 생각 정도?”

(사용자측A) “산업재해 같은 경우에는 사업주 책임이 분명하겠지만, 이 상병수당 같은 경우에는 사업주 책임이 없다고 볼 수 있는 거죠. 개인적, 일상적 사유로 인한 부상이기 때문에...”

(사용자측B) “지금도 이렇게 법에 없더라도 이게 지금 보험료나 이런 것들 뭐 건강검진 행위를 하면서 이런 이런저런 많은 투자를 하고 있는 이 상황에서 또 추가적인 뭔가를 더 비용을 사회적으로 책임을 지기 위해서 더 들여야 한다 기업한테. 이게 과연 그러면 어느 정도까지 사회적 책임을 가져가야 되는 건지. 그건 잘 모르겠어요.”

(사용자측C) “기업들은 이 사람한테 유급병가를 주게 되면 거의 최대 3배의 비용 부담을 임금의 3배? 이 정도를 부담을 해야 된다는 거죠. 근데 이거에 대한, 그러면 이 사람을 과연 30%를 나와서 와서 30%를 올리면 이 사람의 병가 기간 동안의 세 배를 부담해야 되는 그게 과연 어느 정도 매치가 될 거냐 그 말씀을 하고싶으신건데, 제가 볼 때 그게 그렇게 되냐. 그건 쉽지 않을 거 같다...”

## 다. 상병수당 제도 운영 방안에 대한 의견 비교

- 운영방식에 대한 논의가 있었으며 전반적으로 건강보험에서 연계되는 것이 빠르고 현실적이라고 생각하나, 보험료 증액 부담에 대한 양측의 우려가 있었음.
- 중소기업 및 취약계층 지원을 위해 인력지원 및 국고 지원이 필요하다는 의견이 공통적임.
- 상병수당의 비용 부담에서 국고 지원이 큰 비중을 차지해야 함에 노·사의 의견이 일치하였으나, 노동자측에서만 사업주(사용자)의 비용 부담 강화를 언급하였음.
- 기업의 규모에 따른 차등 부담으로, 대기업 사업주는 비용을 추가로 부담해야 한다는 의견이 있었음.
- 보장 대상의 범위에 대해서 사용자는 일부 계층을, 노동자는 전체 인구를 대상으로 해야 한다고 인식하고 있었음.

[그림 3-7-4] 보장 대상의 범위에 대한 노동자, 사용자 간의 의견

(노동자측1) “일단 처음에 출발 할 때는 저는 노인인구집단 빼고 시작하는게 사실 맞는 거 같다 라는 생각이 드는게, 그분들에 대한 보험료 문제 때문에 다른 논쟁으로 갈 수 있을까봐. 결국에 노인 등골 빼먹는다는 이런 식으로 프레임이 갈 수 있을까봐 일단 노인집단 빼놓고 시작 하는게 맞지않나 상병수당은. 왜냐면 사실은 그분들은 연금 수급 하시고 그냥 노동시장에서 어느 정도는 빠져 있어야 맞는거거든요 다른 나라도 그렇고.”

(사용자측1) (연구자: 선생님의 개인적인 의견은 사용자 입장에서 봤을 때는 이 전체 하나의, 전국민 풀은 맞지 않다 그 얘기를 하시는 거죠.) “아휴 어려울 거 같다. 그래서 기업복지 사각지대 취업계층 근로자 대상으로 국고로 해주시면 참 전향적인 자세로 말씀드릴 수 있을 것 같습니다.”

- 이외에도 노동자측은 상병수당에 대해 아래와 같이 의견을 제시함.

- 의료 인증제도 범위는 입원·외래 모두 보장되어야 하며, 운영에 있어 공공기관의 활용과 지정의사 및 병원 연계 등으로 인증 접근성 강화 필요
- 상병수당의 보험 연계식 관리는 피부양자·비임금 근로자에게 문제
- 피부양자는 파악 및 보장 기준 설정 등에 어려움
- 비임금 노동자는 고용관계가 불명확해서 쉽게 적용되지 않음
- 타 제도와의 연계성을 검토할 필요성으로, 근로기준법·산업재해보험·고용보험을 함께 고려해야 하며, 고용보험과의 연계를 언급하기도 함

- 대기기간은 짧으면 짧을수록 좋지만, 보장성이 확보되기 위해 길어진다면 수용 가능
- 보장수준은 임금 대체가 가능한 수준 그 이상이어야 하며, 가족을 부양할 수 있는 수준이면 좋겠다는 인식. 고용보험 하한기준인 60,250원은 최소한의 이익이므로 그 이상을 희망
- 부과방식은 정률·정액 혼합제, 보장기간은 1년 6개월 언급

□ 반면, 사용자측에서는 의료인증에 따른 과도한 행정 비용 및 의료진의 업무 부담 등의 문제를 지적함.

## 2. 자영업자 인터뷰 내용

□ 현재 일자리 '아프면 쉴 권리' 보장 현황

- 서울형 유급병가를 적극적으로 홍보하고 있지만 자영업자의 이용률이 저조한 상황으로, 기제를 활용하지 않는 사유(보장수준 등)에 대한 고찰을 바탕으로 제도설계가 필요함.

□ '아프면 쉴 권리' 보장을 위한 상병수당 도입에 대한 입장

- 사회보장과 안전망 차원에서 상병수당제도가 도입이 필요하지만, 보험료 상승 등의 자영업자의 재정적 부담이 우려됨.
  - 현재 소상공인 중 기본생활조차 힘든 상황에 놓인 사례가 많으며, 고용보험료를 국가에서 부담함에도 불구하고 4대 보험 가입률이 4%에 머무는 상황임.
  - 장기적인 관점에서 정책 대상자들이 수용 가능하도록 대상자 구분, 기여금액, 보장수준 등에 대한 사회적 합의가 반드시 필요함.
- 시기적으로 자영업자는 매년 상승하는 건강보험료도 부담을 할 수 없는 상황이며, 보험료 전액을 본인이 부담하고 있으며, 시범사업의 수정·보완을 통해 국민이 수용할 수 있는 정책이 될 것이라 기대함.
  - 현재 정부차원의 많은 정책이 시행되고 있지만, 국고지원이 부족하다는 의견이며, 제도 도입에 앞서 정부의 지원규모와 방법에 대한 충분한 논의 후 이해관계자와 소통하는 자리가 마련되길 기대함.
- 상병수당 제도가 최대한 빠른 시일 내 도입되어야 한다 생각하지만, 의무가입, 보험료 책정 등에 대한 저항이 있을 것이라 우려됨.
  - 우리나라의 자영업의 대부분은 영세 자영업자로 구성되어 있으며, 이들은 질병이 발생하면 소득 뿐만 아니라 임대료 등 지출비용에 대한 문제가 발생하여 빈곤층으로 전락할 확률이 높은 집단으로 제도 도입이 반드시 필요함.

- 보장수준 관련, 임금노동자와의 형평성 보다는 자영업의 특수성을 고려한 실효성 있는 제도가 필요함.

○ 상병제도를 고용보험이나 연금 등의 다른 제도와 연계한 설계가 제안되었지만 현재 산재나 고용보험 등 적용대상을 확장이 더디어 실질적으로 혜택을 받을 수 있을 것인가에 대한 의문이 있음.

□ 제도 도입 방안에 관한 입장

- **(가입방식)** 현 자영업자의 현실을 본다면 당연가입이 아닌 임의가입형태로 운영하여 재정적 부담에 대한 선택권을 부여해야 함.
  - 또한, 보장을 위한 기준소득 파악이 필요하다면 이에 대한 거부의를 보일 자영업자가 존재할 가능성이 있음. 이런 부분에 대한 제도적 보완을 시작으로 도덕적 해이와 악용을 방지할 수 있는 제도가 필요함.
  - 임의가입방식으로 운영한다면, 사회보험의 인식 상 '소멸성'을 띠고 보장성이 낮은 보험이라 판단하여 가입률이 저조할 가능성이 있으며, 임의가입을 통한 성공사례가 드문 것으로 알고 있어 의견을 내기 조심스러움.
- **(보장수준)** 자영업자의 소득 책정에 활용 가능한 공식적인 자료는 매출액이지만, 이익률 등을 고려한다면 단순 매출액으로 소득기준을 마련하는 것은 무리라고 생각함.
  - 정부에서는 '영업이익'을 기준으로하고 있으나 소상공인의 경우 행정부담 등의 사유(자료누락)로 소득기준을 영업이익으로 확인 불가한 상황임.
  - 현 국제청 자료의 소상공인의 '비용'부분은 신고 누락으로 인해 정액으로 기입되어 있으며 자료를 마련할만한 행정력이 부족한 실정임.
  - 국외 사례의 경우, 자산조사를 병행하여 자산에 따른 지원을 하고 있지만, 우리나라의 경우 자영업자 대상 자산조사를 실시할 경우 조세저항이 심할 것으로 예상됨.
  - 임금근로자 대비 자영업자의 수입은 낮은 실정이며, 사회안전망 차원으로 보았을 때는 그 차이를 보완할 수 있는 제도적 설계가 필요함.
  - 보험료 산정, 보장수준에 대한 부분이 일반 임금근로자와 형평성 보다 자영업의 특수성을 고려한 세분화된 기준을 설정하여 영세소상공인이 지불할 의사가 있는 제도가 만들어지길 바랍.
- **(대기기간)** 영업의 특수성을 인정하여 짧은 대기기간으로 빨리 쉬고 치료를 받을 수 있도록 설정하거나, 혹은 대기기간 선택권을 부여하거나 예외사항을 구분하여 개인적 상황에 따라 적절하게 대기기간을 활용할 수 있는 방안이 필요함.



- 사회보험에 대한 부정적 인식을 극복하고 성공적인 시행을 위하여 ‘인센티브’ 도입이 필요함.
  - 소득세 신고시 세금 감면 등 복지차원에서 ‘인센티브’ 방안을 마련하여 사회안전망으로서의 역할을 다할 수 있는 제도를 고안하길 기대함.
  - ‘대체인력서비스’와 같은 인센티브 서비스는 전문성을 요하는 분야가 아닌 서비스 분야에 서 적극적으로 수용할 가능성이 높음.
- 근로기준법, 산재보험, 고용보험 등 기존 제도 간의 상충관계를 면밀히 파악하고 조정한 실효성 있는 정책이 필요함.
  - 근로기준법 적용에 대한 실태조사에 따르면 소상공인들은 유급병가 제공에 대해 부담을 느끼고 있으며, 제도설계 시, 유예 혹은 사업체 규모별 차등 적용 등의 예외 사항을 고려해야 함.

### 제3절 소결

- 총괄연구자문단 운영은 관련 분야 전문가들이 상병수당 제도설계에 대해 이해도를 높이는 의미를 가질 수 있었으며 실제, 주제별로 일치된 방향보다 다양한 의견이 제시되었음.
- 특히, 상병수당은 임금근로자가 우려하는 해고의 위험을 방지하기 어려우므로 상병수당의 전제조건으로 고용주의 병가 제공 의무가 법으로 보장되도록 해야 한다는 의견이 반복적으로 개진되었음.
- 총괄연구자문단 운영을 통해 ‘세부 설계’에서 조정 가능성과 ‘해결해야 할 과제’ 확인
  - 건강보험제도와 연계함으로써 대상포괄성을 확보하는 부분에 대해서는 동의 수준이 높았으나 건강보험 재정 고갈에 대비한 방안 마련 필요성 확인
    - 건강보험료 인상의 한계 등을 고려하여 건강보험 재정과 분리 운영, 별도 상병수당을 위한 보험료 징수 등
  - 노동시장 변화에 대비하여 취업소득(근로, 사업)이 확인되는 전체 취업자를 포괄해야 하는 방향성에 대한 동의가 있었으나 이들이 실제 제도를 이용할 수 있도록 보완적 제도의 필요성 및 일부 검토 과제가 제안되었음.
    - 현실적으로 필요한 직종(일용근로자, 영세사업장 등)이 정작 본 혜택을 받기에 상당히 어려움을 가능성을 해소하기 위하여 관련 제도적, 재정적 지원 필요성
    - 직장가입자는 비례급여, 지역가입자는 정액급여 등 급여수준을 달리하는 접근
    - 해고 위험을 보호하기 위한 법적 병가 보장 또는 대안적 장치 마련

- 대기기간은 없거나 짧게 적용 또는 중증질환자 지원을 위해 길게 적용해야 한다는 의견이 상충하여 검토 필요
- 상병수당 제도 설계에서는 건강보험에서 피부양자 규모의 감소 방향과 연계하여 피부양자를 포괄하는 방향성 확인
- 이해관계자 심층 인터뷰는 상병수당 도입에 대한 입장 차이가 커서 사회적 합의를 위한 상당한 노력이 필요함을 확인시켜주었고 각 집단별 이해관계를 반영한 설계가 필요함을 확인시켜 주었음.
  - 사용자 측은 개인 상병에 대한 고용주 책임의 관련성이 낮다는 견해를 반복하고 건강보험료 증가, 기업의 부담 증가 등을 들어 제도 도입에 대한 부정적 견해를 고수했음.
  - 근로자 측은 제도에 대해서는 긍정적 태도를 보였지만, 빠른 시행, 짧은 대기기간, 급여수준의 충분성을 기대하고 있음.
  - 국고지원이 큰 비중을 차지해야 함에 대해서는 노·사의 의견이 일치하였으나, 노동자측에서만 사업주(사용자)의 비용 부담 강화를 언급하였음.
- 소상공인들, 자영자, 특고 노동자 등은 보험료 지원, 임의 가입, 예외적으로 정액급여 구간 설정 등 특성에 따른 정책적 배려와 참여를 독려하는 인센티브 개발 등 지원 정책의 설계가 필요함을 확인시켜 주었음.
- 총괄연구자문단 운영과 이해관계자 심층 인터뷰는 상병수당 도입에 대한 입장 차이를 확인하고 제도의 지속가능성과 실효성을 높이기 위해 향후 시범사업 모형 설계와 본 제도 도입 논의에서 고민해야 할 과제를 명확히 확인시켜 주었음.